



แบบรายงานการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์การประเมิน
คุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน : งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา

คำนำ

รายงานการประเมินตนเองของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเพื่อขอรับการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลภายนอก เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศของกองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(Quality Assurance :QA) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการประเมินตนเองและการรายงานผลการประเมินไปพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงานให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนผู้ใช้บริการวิชาชีพพยาบาล สังคมและประเทศชาติต่อไป

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มงานการพยาบาล
๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
๑. ส่วนนำ : โครงร่างงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล	
๑. ประวัติ/ความเป็นมาขององค์กร	๔
๒. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	๕
๓. โครงสร้างการบริหารและขอบเขตความรับผิดชอบ	๙
๔. ลักษณะโดยรวมของบุคลากร	๑๑
๕. ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	๑๕
๖. เป้าประสงค์ในการประกันคุณภาพการพยาบาล (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ)	๒๐
๗. บริบทเชิงกลยุทธ์ (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)	๒๐
๘. ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ	๒๕
๙. สถิติการให้บริการที่สำคัญ	๒๖
๒. ส่วนสาระ : ผลการดำเนินงาน	
๑. หมวด ๑ การนำองค์กร	๒๘
๒. หมวด ๒ กลยุทธ์	๓๗
๓. หมวด ๓ ผู้ใช้บริการ	๔๐
๔. หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	๕๐
๕. หมวด ๕ บุคลากร	๕๖
๖. หมวด ๖ การปฏิบัติการพยาบาล	๗๐
๗. หมวด ๗ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา	๘๐
๓. ส่วนสรุป: ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ	๘๘

แบบรายงานการประเมินตนเอง
ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ส่วนที่ 1. ส่วนนำ : โครงร่างงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญดังนี้

1. ประวัติ/ความเป็นมาขององค์กร

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา เป็นสถานบริการสาธารณสุข ระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ที่ 138 หมู่ 6 ตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ก่อตั้งเมื่อ วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๒๐ ให้การรักษาพยาบาล ชั้นทุติยภูมิ ระดับต้น ดูแลสุขภาพประชาชนในเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีพื้นที่รับผิดชอบ 499.11 ตารางกิโลเมตร มี 7 ตำบล 49 หมู่บ้าน 2 เทศบาล 6 อบต. 11,806 หลังคาเรือน ประชากรที่รับผิดชอบในอำเภอยะหา จำนวน 49,316 คน (สำรวจเมื่อ 26 ธันวาคม 2566) เพศชายจำนวน 24,359 คน (ร้อยละ 49.29) เพศหญิง 24,957 คน (ร้อยละ 50.71) วัยพึ่งพิง 18,434 คน (ร้อยละ 37.38) เป็นผู้สูงอายุ 4,905 คน (ร้อยละ 10.12) เด็ก 0-14 ปี 13,208 คน (ร้อยละ 27.26) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา เป็นอำเภอที่อยู่ห่างจากอำเภอเมืองยะลา 20 กิโลเมตร กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเกินขีดความสามารถของการให้บริการ จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลยะลา ซึ่งเป็นหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูงในระยะเวลาที่รวดเร็ว โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2555 , ครั้งที่ 2 (Re-accreditation ครั้งที่1) เดือนเมษายน ปีพ.ศ.2558 ,ครั้งที่ 3 (Re-accreditation ครั้งที่ 2) เดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ.2562 ,ครั้งที่ 4 (Re-accreditation ครั้งที่3) เดือนกุมภาพันธ์ 2566 ขอรับการประเมินการพยาบาลภายนอกเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ จากกองการพยาบาล ในปี พ.ศ.2567 รวมทั้งเป็นผู้นำด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่ขาดโอกาสทางสังคม สมกับพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่พระราชทานแก่ชาวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทุกคนว่า “ทุกคนที่ทำงานให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจะต้องไม่ลืมว่าโรงพยาบาลนี้ กำเนิดขึ้นจากความมุ่งมั่นปรารถนาอันแรงกล้าของคนไทยทั่วราชอาณาจักร ที่ต้องการจะเห็นผู้ที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารทุกหนแห่ง ได้รับความเอาใจใส่รักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ให้ปลอดภัยจากความเจ็บไข้โดยทั่วถึงเสมอหน้ากัน”

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เปิดให้บริการตั้งแต่การเปิดให้บริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา โดยอาคารอุบัติเหตุฉุกเฉินเดิมได้อยู่ที่ตึกอำนวยการ และปัจจุบันหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้ตั้งอยู่ที่ผู้ป่วยนอกอาคารใหม่อยู่ด้านซ้ายทางเข้าของโรงพยาบาล ซึ่งผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ระบบรักษาพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และ ระบบการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) และการให้ความช่วยเหลือทางนิติวิทยาศาสตร์ มีหน่วยกู้ชีพ กู้ภัย 5 หน่วยครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกตำบล

ผลงานเด่นปี 2567

วันที่ 18-19 ธันวาคม 2566

รางวัลยอดเยี่ยม ประเภท วิจัย R&D Oral presentation การพัฒนาเครื่องมือคัดแยก Easy YCPH ED Triage สำหรับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ การวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 15 ประจำปี 2566

เข้าร่วมนำเสนอ ประเภท CQI Poster Presentation รู้ทัน รู้ใจ โรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายอำเภอยะหา การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ การวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 15 ประจำปี 2566

วันที่ 12 -15 มีนาคม 2567

เข้าร่วมนำเสนอ ประเภท CQI Electric poster รู้ทัน รู้ใจ โรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายอำเภอยะหา ประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 24

วันที่ 16 พฤษภาคม 2567

รางวัลชนะเลิศ ประเภท Oral Presentation R2R การพัฒนาระบบการเข้าถึงโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายอำเภอยะหา ประชุมวิชาการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชายแดนใต้

วันที่ 24 มิถุนายน 2567

รางวัลชนะเลิศ ประเภท Oral Presentation CQI Clinic การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา มหกรรมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดยะลา

วันที่ 25 มิถุนายน 2567

เผยแพร่ วิจัย วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567 การพัฒนาเครื่องมือคัดแยก Easy YCPH ED Triage สำหรับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

15 กันยายน 2567

เข้าร่วมนำเสนอ ประเภท Oral Presentation CQI Clinic การพัฒนาระบบการเข้าถึงโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายอำเภอยะหา มหกรรมวิชาการเขตสุขภาพที่ 12

วันที่ 21 ตุลาคม 2567

พยาบาลผู้มีผลงานวิชาการดีเด่นจังหวัดยะลา

วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567

เข้มแข็งชูเกียรติ ประเภทกิตติมศักดิ์ ประจำปี 2567 จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

วันที่ 11-13 ธันวาคม 2567

เข้าร่วมนำเสนอ ประเภท CQI Poster Presentation การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ การวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 16 ประจำปี 2567

2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ สมรรถนะหลัก ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	ระดับโรงพยาบาล	ระดับกลุ่มงาน การพยาบาล	งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล
วิสัยทัศน์	โรงพยาบาลชุมชนแม่ ข่ายชั้นนำ เป็นเลิศ ด้านเทคโนโลยี ภาควิ เคราะห์ยามีส่วนร่วม	เป็นองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนแม่ ข่ายชั้นนำ ที่เป็นเลิศด้านเทคโนโลยี	เป็นหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ที่เป็น เลิศด้านนวัตกรรม บริการสุขภาพ
พันธกิจ	๑. ให้บริการสุขภาพแบบ องค์รวมที่เชื่อมโยงทั้ง ปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ได้ มาตรฐานสหวิชาชีพ ๒. บุคลากรมีศักยภาพ สมรรถนะตามเกณฑ์ ๓. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเยียวยาและ ปลอดภัย ๔. ให้บริการสุขภาพและ บริหารจัดการด้วย เทคโนโลยีดิจิทัลให้ได้ มาตรฐานสู่ความเป็น เลิศ ๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายและ จิตอาสาในการจัดการ สุขภาพที่สอดคล้องกับ บริบทท้องถิ่น	๑. พัฒนางค์กร พยาบาลให้มีศักยภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ๒. พัฒนานวัตกรรมการ บริการพยาบาลด้วย เทคโนโลยี สุขภาพ ดิจิทัล สู่ความเป็นเลิศ	๑. พัฒนาบุคลากรให้มี ศักยภาพ ตามมาตรฐาน วิชาชีพ ๒. พัฒนานวัตกรรมการ บริการพยาบาลด้วย เทคโนโลยี สุขภาพ ดิจิทัล สู่ความเป็นเลิศ
ค่านิยม	Y = Yield มุ่งเน้น ผลงานที่สร้างสรรค์ C = Clinical Risk and Safety Awareness จิตสำนึกด้านความเสี่ยง และความปลอดภัย P = Patient Focus ยึด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	Smart Nurses: เป็น บุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความ รับผิดชอบ Smart Care : นำ เทคโนโลยีมาใช้ในการ	Smart Nurses: เป็น บุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความ รับผิดชอบ Smart Care : นำ เทคโนโลยีมาใช้ในการ

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม	ระดับโรงพยาบาล	ระดับกลุ่มงาน การพยาบาล	งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล
	H = Health Promoter เป็นผู้นำด้านการส่งเสริม สุขภาพ	ดูแลสุขภาพผู้ป่วยและ ญาติอย่าง ประสิทธิภาพ	ดูแลสุขภาพผู้ป่วยและ ญาติอย่าง ประสิทธิภาพ

สมรรถนะหลักกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

“เปนองครพยาบาลให้บริการพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้คุณภาพมาตรฐาน โดยความร่วมมือของ
เครือข่าย มีความสามารถในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ”

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล มีการกำหนดสมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะหลัก (Core competency) ระดับองครพยาบาล กำหนดตามสำนักงานข้าราชการพล เรือน มี 5 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การมุ่งผลสัมฤทธิ์
- 2) การบริการที่ดี
- 3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ
- 4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม
- 5) การทำงานเป็นทีม

2. สมรรถนะประจำกลุ่มงาน

2.1 สมรรถนะตามบทบาทหน้าที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล(Functional competency)

2.1.1 ระดับผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย มี 4 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การพัฒนาศักยภาพคน
- 2) การดำเนินการเชิงรุก
- 3) การคิดวิเคราะห์
- 4) ภาวะผู้นำ

2.1.2 ระดับปฏิบัติการ มี 3 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การพัฒนาศักยภาพคน
- 2) การดำเนินการเชิงรุก
- 3) การคิดวิเคราะห์

2.2 สมรรถนะทางคลินิกในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล(Common functional competency) ได้แก่

- 1) การจำแนกประเภทผู้ป่วย
- 2) การใช้กระบวนการพยาบาล
- 3) การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ
- 4) การประเมิน Neurological signs
- 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน
- 6) การช่วยฟื้นคืนชีพ

- 7) การบริหารยา
- 8) การบริหารสารน้ำ
- 9) การให้เลือด/สว่นประกอบของเลือด
- 10) การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
- 11) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล
- 12) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ
- 13) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 14) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 15) การประเมินความปวดและการจัดการความปวด
- 16) การประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- 17) การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 สมรรถนะเฉพาะในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิต(Specific functional competency)

Pre-hospital

- : การคัดกรองผู้ป่วย (scene or telephone triage) เช่น
- : การพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
- : การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเข้ามาในโรงพยาบาล
- : การประสานงานการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

In-hospital

- : การคัดกรองผู้ป่วย (Triage)
- : การพยาบาลฉุกเฉินตามกลุ่มโรคสำคัญ Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma, Pneumonia
- : การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- : การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
- : การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค
- : การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยทุกระบบ เช่น การพยาบาลผุ่คอด(BBA), Multiple Trauma,,DHF ,Obstructive airway

Referral

1. การปฏิบัติตามแนวทาง referral system
2. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
3. ระบบ consult ในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
4. ระบบการติดต่อประสานงาน

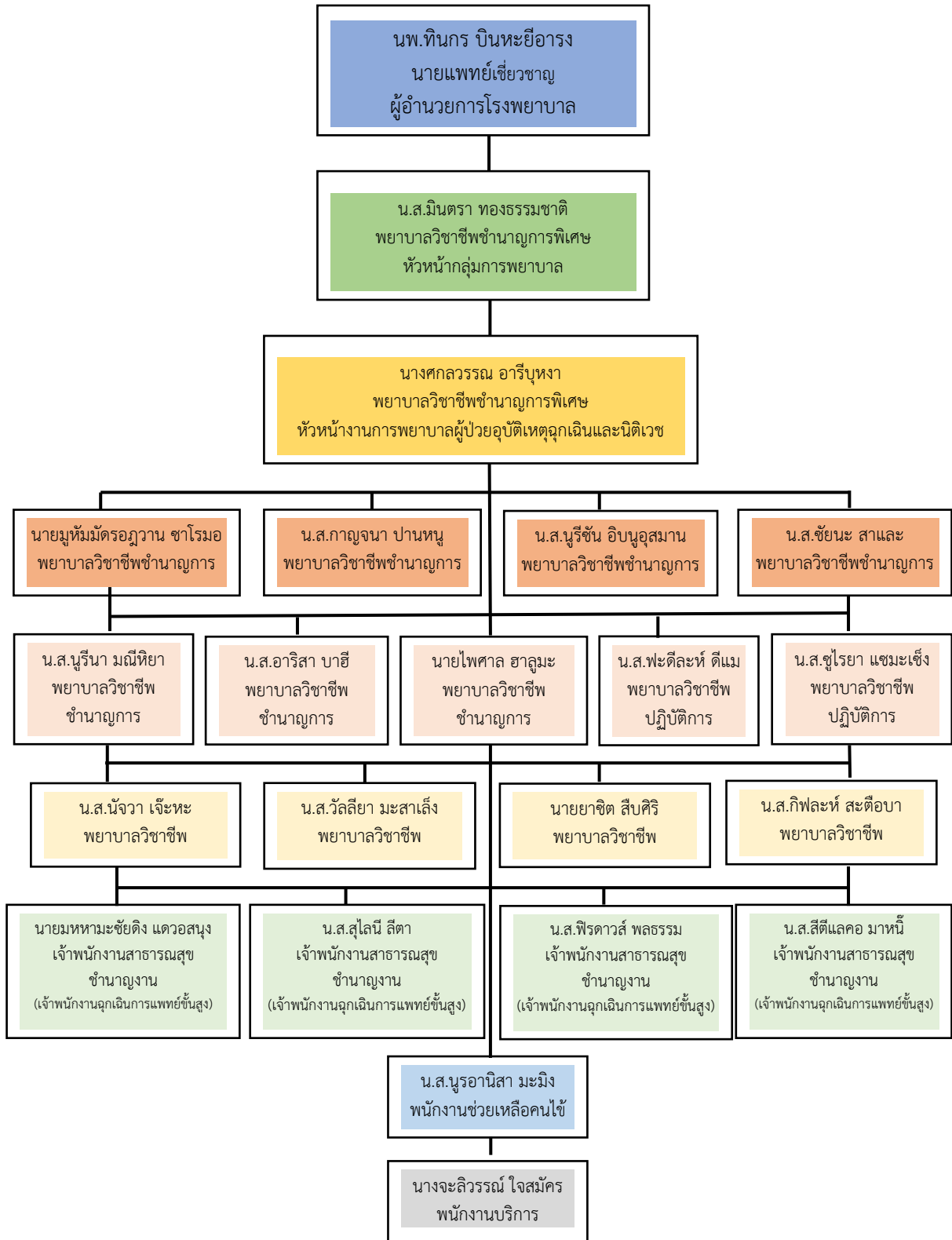
Diaster:การบริหารจัดการภาวะอุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัย รวมทั้งเหตุทะเลาะวิวาท โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ

3. โครงสร้างการบริหารและขอบเขตความรับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

กลุ่มงานการพยาบาล

แผนผังบังคับบัญชา

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช



แผนผังที่ 1 แสดงโครงสร้างการบริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชกลุ่มงานการพยาบาลปฏิบัติงานขึ้นตรงต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล มีโครงสร้างขอบเขตงานและหน้าที่ความรับผิดชอบตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดสายการบังคับบัญชาเป็นลำดับขั้นคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานพยาบาลวิชาชีพ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในแต่ละตำแหน่ง

ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๑.pre-hospital

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ALS BLS FR) รับแจ้งเหตุ ออกปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ดูแลระหว่างนำส่ง ส่งต่อข้อมูลให้สถานพยาบาล

๒.in-hospital

๒.๑ ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma) เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non-trauma) กลุ่มโรค Fast track ทั้งในและนอกเวลาราชการโดยมีแพทย์ให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง ตามลำดับความเร่งด่วน

๒.๒ ให้บริการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี เข้าเฝือก ฯลฯ

๒.๓ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการทุกวัน ตั้งแต่เวลา ๒๐.๓๐ น.- ๐๘.๓๐ น.

๒.๔ RRT (ทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล)

๒.๕ ให้บริการผู้ป่วยคดีและนิติเวช โดยร่วมชันสูตรกับแพทย์

๓.Interfacility

ให้บริการรับและส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และรับผู้ป่วยกลับมารักษา รพ.ต้นทาง (Refer in ,Refer out,Refer back,Refer recieve)

๔.MCI

๔.๑ ให้บริการอุบัติเหตุหมู่จากอุบัติเหตุจราจร อัคคีไฟ สถานการณ์ความไม่สงบ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

๔.๒ ทีม DMAT,DMERT,Mini MERT ระดับจังหวัด

๕.งานอื่น ๆ เช่น

๕.๑ ให้บริการความรู้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ อัตโนมติให้กับ กู้ชีพ กู้ภัย ประชาชน นักเรียน ในอำเภอยะหา และหน่วยงานที่ขอสนับสนุน

๕.๒ ครูพี่เลี้ยง หลักสูตรนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี,หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR ๔๐ ชม.),หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง (EMT ๑๑๕ ชม.) โครงการในดิงเกล

มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล ระดับกลุ่มงานการพยาบาล ได้แก่

- 1) คณะกรรมการtimนำทางคลินิก (PCT):นางศกลวรรณ อารีบุหงา,นางนุรีชน อิบนูอุสมาน, น.ส.ชูไรยา แซมะเซ็ง,น.ส.วัลลียา มะสาเล็ง
- 2) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC):น.ส.พะดีละห์ ดีแม , น.ส.สีตีแลคคอ มาหนี
- 3) คณะกรรมการด้านการบริหารความเสี่ยง(RM):น.ส.ชยันะ สาและ,น.ส.นัจวา เจ๊ะหะ
- 4) คณะกรรมการระบบยา (MMS) :น.ส.นุรีนา มณีหิยา

- 5) คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศและเวชระเบียน (KMIT):นายมุหัมมัดรอฎวาน ชาโรมอ, นายยาซิด สึบศิริ
- 6) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV):นายไพศาล ฮาลูมะ,นายมหามะชัยดิ้ง แดวอสนง,น.ส.ฟิรดาวส์ พลธรรม
- 7) คณะกรรมการเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ (INS):น.ส.กาญจนา ปานหนู
- 8) คณะกรรมการบริหารและพัฒนากำลังคน (HRD):น.ส.อาริสา บาฮี,น.ส.สุไลนี ลีตา

นอกจากนี้ยังร่วมเป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการระดับจังหวัดใน Service plan สาขาต่างๆ เช่น สาขาอุบัติเหตุ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

4. ลักษณะโดยรวมของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2567)

ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 20 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2567) มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) พยาบาลวิชาชีพ (รวมหัวหน้างาน) 14 คน
- 2) เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง 4 คน
- 3) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน
- 4) พนักงานบริการ 1 คน

จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	16 คน	80
ชาย	4 คน	20

บุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีจำนวน 20 คน ประกอบด้วย

ประเภทบุคลากร	ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลวิชาชีพ	ข้าราชการ	10	50
พยาบาลวิชาชีพ	จ้างเหมาบริการ	4	20
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง	ข้าราชการ	4	20
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	จ้างเหมาบริการ	1	5
พนักงานบริการ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1	5

จำแนกตาม Generation

ประเภทบุคลากร	จำนวน	Generation
พยาบาลวิชาชีพ	5 คน	X
พยาบาลวิชาชีพ	5 คน	Y
พยาบาลวิชาชีพ	4 คน	Z
เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ขั้นสูง	4 คน	Y
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1 คน	Z
พนักงานบริการ	1 คน	X

จำแนกตามช่วงอายุ (Generation)

Generation	จำนวน	ร้อยละ
Gen Baby Boomer (เกิด พ.ศ. 2489-2507)	-	-
Gen X (เกิด พ.ศ. 2508- 2522)	6 คน	30
Gen Y (เกิด พ.ศ. 2523-2540)	9 คน	45
Gen Z (เกิด พ.ศ. 2541-2556)	5 คน	25

จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปริญญาตรี	14 คน	70
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	6 คน	30
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	4 คน	28.57
ผู้บริหารระดับกลาง	1 คน	7.14

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะของเจ้าหน้าที่จำแนกตามช่วงอายุ ระดับการศึกษา ประเภทการจ้าง

บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงาน	Genera tion	ระดับการศึกษา				ประเภทการจ้าง		
		ปริญญาโท	ปริญญาตรี	อนุปริญญา	ม.6	ข้าราชการ	จ้างเหมาบริการ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ผู้บริหาร	Gen.X	-	1	-	-	1	-	-
ผู้ปฏิบัติ	Gen.X	-	4	-	1	4	-	1
	Gen.Y	-	5	4	-	9	-	-
	Gen.Z	-	4	1	-	1	4	-

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ แบ่งระดับสมรรถนะตาม Benner's Model

ระดับ	ประเภทพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1	พยาบาลผู้เริ่มต้น (Novice) ปฏิบัติงาน 1-2 ปี	3	21.43
ระดับที่ 2	พยาบาลผู้เรียนรู้ (Advance beginner) ปฏิบัติงาน 3-4 ปี	2	14.29
ระดับที่ 3	พยาบาลผู้ปฏิบัติ (Competent) ปฏิบัติงาน 5-7 ปี	-	-
ระดับที่ 4	พยาบาลผู้ชำนาญ (Proficient) ปฏิบัติงาน 8-10 ปี	-	-
ระดับที่ 5	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ปฏิบัติงานมาก 10 ปี	9	64.28
รวมทั้งหมด		14	100

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ที่มีการศึกษาต่อในสาขาการพยาบาลเฉพาะทาง

ลำดับที่	สาขาที่ศึกษาต่อ	ระดับการศึกษา			
		ปริญญาโท	การพยาบาลเฉพาะทาง 1 ปี	การพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน	การอบรมระยะสั้นกว่า 4 เดือน
1	สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	-	-	4	-
2	กระบวนกร	-	-	1	-
3	การสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง	-	-	-	3
4	ครูพี่เลี้ยง	-	-	-	2
5	หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง ด้านรักษาอัมพาตเคลื่อนที่ (Mobile Stroke Unit)	-	-	-	3
6	ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง	-	-	-	1
7	ครู ก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน	-	-	-	3
8	ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ	-	-	-	2

ภาวะสุขภาพของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปี 2566

ตรวจสอบสุขภาพทั้งหมด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 100 และพนักงานบริการ ร้อยละ 100

พบว่าบุคลากรงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องพบแพทย์เพื่อการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

พยาบาล 2 คน มีภาวะไขมันในเลือดสูง รับการรักษาโดยวิธีการรับประทานยา ควบคุมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย

ปี 2567

ตรวจสอบสุขภาพทั้งหมด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 100 และพนักงานบริการ ร้อยละ 100

พบว่าบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องพบแพทย์เพื่อการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

พยาบาลจำนวน 7 คน ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง รับการรักษาโดยวิธีการทานยาจำนวน 2 ราย อีก 5 ราย ควบคุมอาหารและออกกำลังกาย นัดเจาะเลือดซ้ำอีก 3 เดือน

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง จำนวน 3 คน มีภาวะไขมันในเลือดสูง รับการรักษาโดยวิธีการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย นัดเจาะเลือดซ้ำอีก 3 เดือน

กลุ่มป่วย GEN X : 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10

กลุ่มเสี่ยง GEN X: 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15

Gen Y: 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10

กลุ่มปกติ GEN X: 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5

Gen Y: 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35

Gen Z: 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

พยาบาลวิชาชีพทุกคนจบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 15 คน คิดเป็น 100 % พยาบาลวิชาชีพได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จำนวน 15 คน คิดเป็น 100 %

บุคลากรในหน่วยงานเป็นคนในพื้นที่จังหวัดยะลา จำนวน 19 คน คิดเป็น 95.24 %

บุคลากรในหน่วยงานเป็นคนในพื้นที่จังหวัดสงขลา จำนวน 1 คน คิดเป็น 4.76 %

รูปแบบการจัดและกระจายอัตรากำลังการปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่	เวรเช้า		เวรบ่าย	เวรดึก
	เวลา 08:30 น.-16.30 น. ในเวลาราชการ	นอกเวลาราชการ		
งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและ นิติเวช พยาบาลวิชาชีพ	5	3	3	2
เจ้าพนักงาน ฉุกเฉิน การแพทย์ชั้นสูง	2	1	1	-
พนักงาน ช่วยเหลือคนไข้	1	-	-	-
พนักงานบริการ	1	-	-	-

ศูนย์ประสาน ส่งต่อ				
พยาบาลวิชาชีพ	1	-	-	-
รวม	10	4	4	2

- อัตรากำลังงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยแบ่งปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด 8 ชม.ได้แก่

- 1.เวรเช้า (เวลา 08.30-16.30 น.) พยาบาลวิชาชีพ 6 คน รวมทั้งหัวหน้างานและพยาบาลประจำศูนย์ประสานส่งต่อ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง 2 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และพนักงานบริการ 1 คน
- 2.เวรบ่าย (เวลา 16.30-00.30 น.) พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง 1 คน
- 3.เวรดึก (เวลา 00.30-08.30 น.) พยาบาลวิชาชีพ 2 คน

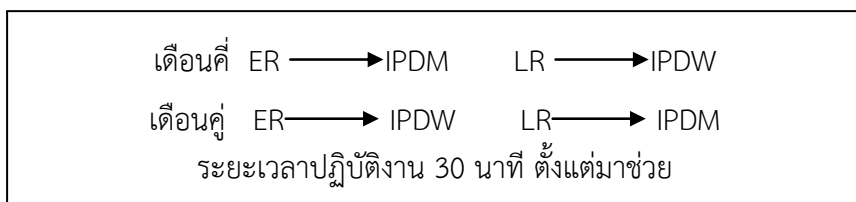
การจัดอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน

1. เมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่/มีผู้ป่วยจำนวนมาก เกิดความแออัดที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จะมีการจัดอัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานต่าง ๆ ตามแผนอุบัติภัยหมู่หรือตามแนวปฏิบัติการเรียกอัตรากำลังสำรองตามเกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลกำหนด ขึ้นมาปฏิบัติงานทันที ซึ่งการจัดอัตรากำลังเสริมจะอยู่ในความรับผิดชอบของหัวหน้างาน

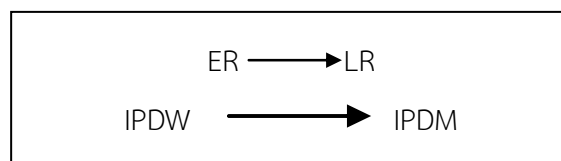
กรณีเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินเรียกอัตรากำลังสำรอง Ward ให้มาทันทีในกรณีผู้ป่วยดังต่อไปนี้

- On ET > 1 case ในเวลาเดียวกัน
- CPR
- ICD
- Shock > 1 case ในเวลาเดียวกัน
- MCI อุบัติเหตุหมู่
- NL >1 case ในเวลาเดียวกัน
- NL กรณีมี จนท. Standby 1 คน เนื่องจากไป refer

อัตรากำลังแผนที่ 1



กรณี refer ในเวลาเดียวกัน ซ้อนกัน ให้ตามอัตรากำลังสำรองแผน 2



2. ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาล ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา

5. ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้จำแนก ผู้ใช้บริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็น 2 กลุ่ม ได้วิเคราะห์ ความต้องการและความคาดหวังดังนี้

5.1 ผู้ใช้บริการที่เป็นลูกค้าภายใน

ตารางที่ 3 แสดงการจำแนกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นลูกค้าภายใน

ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
แพทย์	- ทีมการพยาบาลประเมินคัดกรองผู้ป่วย รายงาน อาการ อำนวยความสะดวกใน การดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการประสานงานที่ถูกต้อง - เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต - มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตเพียงพอ - บันทึกประวัติ ตรวจร่างกายครบถ้วน - ประเมินอาการผู้ป่วยถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพการรักษา - ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้อย่างดีและเหมาะสม
พยาบาล ER	- ให้การพยาบาลรักษาผู้ป่วยถูกต้อง รวดเร็ว - ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติได้อย่างดีและเหมาะสม
พยาบาลศูนย์ประสานและส่งต่อ	- ประสานข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วนทั้งกรณีรับ Refer และส่งต่อ
AEMT	- ดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว นำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย
เจ้าหน้าที่สื่อสารศูนย์สั่งการ	- Phone triage ถูกต้อง - สื่อสารกับผู้แจ้งเหตุด้วยวาจาที่เป็นมิตรไมตรี
งานรังสีวินิจฉัย	- มีการประสานงานที่ดี - สั่ง X-Ray ถูกต้อง ถูกคน - กรณีผู้ป่วย Level 1 และ 2 มีเจ้าหน้าที่ดูแลระหว่างนำส่งไป X-ray - มีทีมช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน
ห้องชั้นสูตรผลเลือด	- แพทย์กรอกข้อมูล Lab ที่ต้องการส่งตรวจครบถ้วน - ชื่อ-สกุลบนสิ่งส่งตรวจถูกต้องตรงกับ Specimens - ทีมการพยาบาลเก็บสิ่งส่งตรวจถูกต้องและเพียงพอ - รายงานผลชั้นสูตรเร็วตามเกณฑ์ที่กำหนดกรณีผู้ป่วย Fast track - รายงานผล Lab ที่มีค่าวิกฤต
เจ้าหน้าที่ห้องตรวจสอบสิทธิ์	ช่วยตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยให้ถูกต้อง ให้มีการ Autthen ให้เรียบร้อย
ห้องยา	- ห้องยาอยู่หน้า ER - มียาเพียงพอสำหรับใช้ในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน - จ่ายยารวดเร็วในรายที่จำเป็น

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
	<p>องไขยาควนแต่ไม่สามารถมี Stock ใน ER ได้ เช่น ยากันชัก, ยา Sedate สำหรับการทำให้ RSI, Steptokinase, rTPA -แพทย์ Keyยาใน Himpro ครอบกอนให้เจ้าหน้าที่/ผู้ป่วย/ญาติไปรับยา -ตรวจสอบประวัติการแพทย์ทุกครั้ง</p> <p>เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ไปในผู้ป่วยแต่ละราย ครบถ้วน ถูกต้อง</p> <p>-มีการจัดเรียงเวชภัณฑ์ ตามระบบ First in –First out</p> <p>สำรวจยาใกล้ Exp. ทุกวันที่ 1 ของเดือน</p> <p>-สอบถามประวัติแพ้ยาซ้ำทุกครั้ง/ประวัติยาเดิม</p> <p>-บริหารยาได้ถูกต้องตามหลัก 10 R</p>
ห้องบัตร	<p>-กรณีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ยังไม่ทราบชื่อสกุลให้เป็น ไม่ทราบชื่อสกุลไวคอน ตาม แนวทางการระบุตัวผู้ป่วย เพื่อให้ส่งยา X-Ray CT สง Lab จองเลือดได้อย่าง รวดเร็ว</p>
พนักงานเวรเปล	<p>-กระจายอัตรากำลังเหมาะสม โดยเฉพาะเวลาพักเที่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รอนานทั้งไปทำ Investigation, Admit หรือไป OR</p>
OPD	<p>มีการประสานงานที่ดีในกรณีรับหรือส่งผู้ป่วยระหว่าง OPD-ER -มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ถูกต้อง</p>
หอผู้ป่วยใน	<p>-Admitผู้ป่วยถูกต้องตามแผนกและตรงตามขอบงชีของหอผู้ป่วย</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาถูกต้องเหมาะสมก่อนสงเขาศึก</p> <p>-มีการประสานงานให้ตึกเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยทุกราย</p> <p>-กรณีมีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องดูแลรักษาต่อด้วยแพทย์หลายแผนก ขอให้หอผู้ป่วยรับ Admit ได้โดยไม่ต้องรอให้แพทย์ Intern ลงมาประเมินและปรึกษา อาจารย์แพทย์ก่อน Admit อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เวร ER</p>
ทันตกรรม	<p>-มีทีมช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน</p>
หน่วยจ่ายกลาง	<p>Check Stock</p> <p>เครื่องมือก่อนส่งเบิกให้ตรงเวลาทุกครั้ง</p> <p>-แยกของมีคม ขยะติดเชื้อ แยกผ้าสะอาดกับผ้าสกปรก ถูกต้อง</p>

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
	-ไม่มีเครื่องมือ re – sterile

5.2 ผู้ให้บริการที่เป็นลูกค้าภายนอก

ตารางที่ 4 การจำแนกกลุ่มผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นลูกค้าภายนอก

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
ผู้ป่วย/ญาติ	มีความต้องการบริการแรกรับที่รวดเร็ว ประเมิน สภาพถูกต้อง คำแนะนำที่ถูกต้องชัดเจนเป็นที่เข้าใจ สัมพันธ์ภาพที่ดี ได้รับยาถูกต้อง และได้รับการ ช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะฉุกเฉิน รับการตรวจรักษา จากแพทย์ ได้รับการดูแลภาวะเจ็บป่วยตลอดเวลา ทราบข้อมูลทางการเจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปลอดภัย ขณะส่งต่อ ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเท่าเทียม ร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา ทราบแนวทางการ ดูแลตนเองให้เคารพสิทธิของตนเอง
โรงพยาบาลแม่ข่าย/รพช.	-มีการประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วย -แก้ไขภาวะวิกฤตฉุกเฉินก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้ Stable - ปฏิบัติตามแนวทาง Fast Track -เตรียมเอกสารใบ Refer , ผล Investigation ให้ ครบ on line X-ray -ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัย พร้อมใบนำส่ง -ดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อได้ถูกต้อง ปลอดภัย - ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Thai refer ได้รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน
สถานีตำรวจ	-ได้รับใบชันสูตรทางคดีตามเวลาที่กำหนด -ได้รับ สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินมี การให้ความรุนแรงที่ ห้องฉุกเฉิน
จนท.รพสต.	-ได้รับการปรึกษา การประเมินสภาพ การรักษา การส่งต่อ และคำแนะนำที่ดี รวมทั้งผลตอบกลับการ รักษาผู้ป่วย
หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย	-ได้รับคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ขณะ นำส่งและรายงานอาการ นำส่ง -ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างส่งต่อถูกต้อง
ชุมชน	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การควบคุมโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก โรค อุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
โรงเรียน	การมีกิจกรรมกับนักเรียนมัธยม การให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ลูกค้าภายนอก

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แยกตามกลุ่มโรค	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
กลุ่มผู้ป่วย STEMI	ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจหยุดเต้น มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ อุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินและยาพร้อมใช้เพียงพอ มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการอ่านและแปลผล EKG สามารถให้ การดูแลช่วยเหลือขณะตรวจรักษาและส่งต่อ ด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย Stroke	: ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตที่รวดเร็วและถูกต้อง ทราบระดับความรุนแรง ปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต มีเครื่องวัดความดันโลหิต , BP monitor เพียงพอ พร้อมใช้ มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย severe HT และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือขณะตรวจรักษาและส่งต่อ ด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย COPD	: ได้รับการตรวจระดับออกซิเจนในเลือด ลักษณะการหายใจ ตรวจการทำงานของปอด(ฟังปอด) อย่างรวดเร็วและถูกต้องหายจากภาวะเหนื่อยหอบ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหายใจวาย มีเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมใช้ เช่น เครื่องวัดระดับออกซิเจนในเลือด เครื่องพ่นยา มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรค การดูแลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย Head injury	ได้รับการนำส่งรพ.ด้วยความรวดเร็วถูกต้องและปลอดภัย ปลอดภัยจากภาวะเลือดคั่งสมองและภาวะแทรกซ้อน เช่น C- Spine injury เครื่องมือและอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ เช่น เครื่องช่วยหายใจ Hard Collar Suction มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้

ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แยกตามกลุ่มโรค	ความต้องการที่สำคัญ/ ความต้องการในการ ประสานงานที่สำคัญ
	เรื่องโรค การดูแลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย
กลุ่มผู้ป่วย PIH	ได้รับการนำส่งรพ.ด้วยความรวดเร็วถูกต้อง ได้ยาลดความดันโลหิตแก้ไขภาวะครรภ์เป็นพิษ มีเครื่องมือที่ทันสมัย ทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรค สูติกรรม การดูแลและแก้ไขภาวะฉุกเฉินด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัยทั้งแม่ลูก

4.กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง คือกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วย Stroke, STEMI ,Head Injury, Sepsis , PIH , PPH (ต้องการการดูแลที่รวดเร็ว วินิจฉัย ถูกต้อง ให้ความช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างเหมาะสม มีอุปกรณ์ทันสมัยเพียงพอ พร้อมใช้ ส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ)

5.กลุ่มผู้ป่วยที่จะต้องใส่ใจเป็นพิเศษ คือกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยยุติการตั้งครรภ์ ผู้ป่วย OSCC ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำศาสนา

การจัดระบบและช่องทางการรับฟังความคิดเห็นความคาดหวังของผู้ใช้บริการให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น ดังนี้

- QR code แสดงความคิดเห็น
- สำรวจแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ
- การสอบถาม/ให้ข้อมูลระหว่างนั่งรอตรวจ
- การสังเกตพฤติกรรมสีหน้าท่าทางและอารมณ์/เสียงบ่น
- เสียงสะท้อนจากชุมชน
- website รพ.
- การรับฟังเสียงสะท้อนกลับที่หน้างาน

นำผลการสำรวจความต้องการ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำไปสู่การวางระบบการจัดบริการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม เช่น

- การจัดระบบการสื่อสารขณะรอคอย
- ระบบการรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ
- ความรวดเร็ว ต้องการการรับบริการด้วยความรวดเร็ว ไม่รอนาน
- การจัดบริการนอกเวลา วันหยุดราชการ

6.เป้าประสงค์ในการประกันคุณภาพ (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ)

6.1เชิงปริมาณมีดังนี้

1. ระยะเวลารับแจ้ง ถึง ณ จุดเกิดเหตุ ภายใน 10 นาที (Response time) ร้อยละ 85
2. ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตภายใน 4 นาที ร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ 100%
4. ร้อยละการคัดกรองถูกต้อง >85%

5. ร้อยละอุบัติการณ์กลับมารักษาค้ำภายใน 48 ชม.
6. อุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเตียง พลัดตก หกล้มในห้องฉุกเฉินเท่ากับ 0
7. อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักขณะเคลื่อนย้ายเท่ากับ 0
8. ผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track เข้าถึงระบบบริการภายในระยะเวลาที่กำหนดร้อยละ 60
9. ผู้ป่วย STROKE STEMI Door To Needle time ภายในระยะเวลาที่กำหนดร้อยละ 100
10. ผู้ป่วย Stroke ได้รับยา Rt-PA ภายในระยะเวลาที่กำหนด 100%
11. อัตราความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาและสารน้ำ ระดับ E up เท่ากับ 0
12. อุบัติการณ์การเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการประเมินผิดพลาด ทำหัตถการ บริหารยา เท่ากับ 0
13. ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน >85%
14. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติร้อยละ 85
15. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนจากการละเมิดสิทธิผู้ป่วยเท่ากับ 0

6.2 เชิงคุณภาพ มีดังนี้

1. ผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและพึงพอใจ
3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีความปลอดภัย
4. บุคลากรมีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความพึงพอใจและความสุขในการทำงาน
5. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
6. ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA EMS
7. ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ
8. ผ่านเกณฑ์การประเมิน NQA

7.บริบทเชิงกลยุทธ์ (ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์)

ตารางที่ 5 บริบทเชิงกลยุทธ์ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน ภายนอกเพื่อกำหนดกลยุทธ์การพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ตามหลัก SWOT Analysis ซึ่งปัจจัยภายในวิเคราะห์ตามหลัก 7S Model ได้แก่ โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์การ ขับเคลื่อน ระบบ/การจัดบริการ บุคลากร ทักษะ/ความรู้/ความเชี่ยวชาญ รูปแบบการบริหารจัดการ และคุณค่าหรือค่านิยมร่วม เพื่อกำหนดจุดแข็งและจุดอ่อน และปัจจัยภายนอกวิเคราะห์ตามหลัก PEST Model คือ นโยบาย สิ่งแวดล้อม สังคม และเทคโนโลยี เพื่อกำหนดโอกาสและอุปสรรค ได้ดังนี้

ด้าน	Strengths ประเด็นที่เป็นจุดแข็ง	Weaknesses ประเด็นที่เป็นจุดอ่อน
S1: Strategy กลยุทธ์	- ความมุ่งมั่นในการกำหนดกลยุทธ์ของหน่วยงาน ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล	- การควบคุม ติดตาม ประเมินผล ยังไม่ต่อเนื่อง

ด้าน	Strengths ประเด็นที่เป็นจุดแข็ง	Weaknesses ประเด็นที่เป็นจุดอ่อน
	<ul style="list-style-type: none"> - มีการขับเคลื่อนและพัฒนางานคุณภาพอย่างเป็น ระบบและต่อเนื่อง โดยใช้มาตรฐาน HA ,QA ER คุณภาพ - มีกลยุทธ์การพัฒนากายภาพ อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกสาขา การพยาบาล เพื่อตอบสนองตาม Service plan กลุ่มโรค สำคัญ ตัวชี้วัดของกระทรวง ความต้องการของผู้ใช้บริการทุกกลุ่มวัย 	
S2:Structure โครงสร้าง องค์กร	<ul style="list-style-type: none"> - มีทีมการบริหารงาน และทีมพัฒนาคุณภาพ งานบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช มีโครงสร้างองค์กรชัดเจน มีแบ่งงานผู้รับผิดชอบแต่ละงาน เช่น ECS EMS ระบบส่งต่อ RTI TRAUMA เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> -โครงสร้างองค์กรมีการปรับเปลี่ยน อัตรากำลังไม่เพียงพอ พยาบาลได้รับการบรรจุข้าราชการ ย้ายไปปฏิบัติงาน มีพยาบาลจบใหม่ หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน
S3: System ระบบงาน	<ul style="list-style-type: none"> - งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีระบบงาน 4 Part Pre-hospital ,In-hospital , Interfacility ,Diaster ผ่านการประเมิน ER คุณภาพ ผ่านการประเมินหน่วยปฏิบัติการขั้นสูง ปี 2567 - เครื่องมือทางการแพทย์มีเพียงพอทันสมัย ระบบ AOC Telemedicine Auto CPR - มีห้องตรวจแยกโรค AIIR -มีศูนย์ประสานการส่งต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> -หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่รับผิดชอบ - ขาดการบำรุงรักษาเครื่องมือที่ต่อเนื่อง/ไม่มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ - มีภาระงานล้นที่นอกเหนืองานกลุ่ม งานการพยาบาล -การเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track -ความรุนแรงของโรค
S4: Skills ทักษะ ความสามารถ	<ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดสมรรถนะหลักของกลุ่มงานการ พยาบาล และสมรรถนะของบุคลากรในการให้บริการ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน - เป็นแหล่งฝึกนักศึกษาแพทย์ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล กู้ชีพกู้ภัยหลากหลายสถาบัน 	<ul style="list-style-type: none"> -บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ วิชาการนวัตกรรม งานวิจัย -ขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินในเด็ก

ด้าน	Strengths ประเด็นที่เป็นจุดแข็ง	Weaknesses ประเด็นที่เป็นจุดอ่อน
	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย โครงการในดิงเกล 	
S5: Shared values ค่านิยมร่วม	<ul style="list-style-type: none"> - ความเป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช - ยึดหลักนโยบายโรงพยาบาล คุณธรรม - เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ 	
S6: Staff บุคลากรในองค์กร	<ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้างานและบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ผ่านการอบรมผู้บริหารระดับกลาง มีความผูกพัน และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน - บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และสามารถสื่อสาร ภาษาท้องถิ่นได้ - บุคลากร เป็นข้าราชการ ร้อยละ 70 - บุคลากรส่วนใหญ่ Generation Y ร้อยละ 42.80 - บุคลากรส่วนใหญ่อายุงาน >10-20 ร้อยละ 61.90 -พยาบาลจบเฉพาะทาง ENP จำนวน 4 คน 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตรากำลังที่ไม่สมดุลกับภาระงานเนื่องจากมีหลายภารกิจในการทำงาน คณะกรรมการงานพัฒนาคุณภาพประชุมทั้งใน นอกหน่วยงาน การส่งต่อผู้ป่วย EMS การออกหน่วย ปฐมพยาบาลต่างๆ การเป็นวิทยากรนอกพื้นที่ - พยาบาลหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน - มีจำนวนพยาบาลเฉพาะทางสาขาหลัก (ENP) ไม่ครอบคลุมทุกเวร
S7: Style รูปแบบการบริหารจัดการ องค์กร	<ul style="list-style-type: none"> การบริหารงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เน้น การมีส่วนร่วม มีการกระจายอำนาจ/การบริหาร แนวราบ -มีระบบการนิเทศการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรใหม่ -มีการสอนงานและให้ฝึกทำปฏิบัติให้กับบุคลากรใหม่ - มีระบบการดูแลแบบพี่สอนน้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -ขาดการนิเทศและติดตามอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกตามหลัก PEST Model

ด้าน	Opportunities ประเด็นที่เป็นโอกาส	Treats ประเด็นที่เป็นอุปสรรค
P: Politics นโยบาย	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงาน วิชาชีพพยาบาล - มีค่าตอบแทนตามสายวิชาชีพ - มีค่าตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ - ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 	<p>มีนโยบายเข้ามาแบบเร่งด่วน นโยบายกระทรวง เขต จังหวัด และ นโยบายมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช</p>
E: Environment สภาพแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงหน่วยบริการสะดวก เข้าถึงง่าย อยู่ด้านหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> -พื้นที่ห้องคับแคบ ไม่เพียงพอกับผู้รับบริการ - การส่งต่อผู้ป่วยไป รพท.และรพศ. ระยะทางห่างจาก รพ. 20 km ใช้ เวลาในการเดินทาง 20 นาที
S: Society สังคม	<ul style="list-style-type: none"> - มีภาคีเครือข่าย ในการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหน่วยงาน เอกชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ -ภาคีเครือข่ายระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน ให้บริการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ -บริบทพื้นที่ ความเชื่อ จิตวิญญาณ ศาสนา มีผลต่อระบบสุขภาพ
T:Technology เทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> - OPD/IPDPaperless (Hos Merge) - ช่องทางการรับส่งข้อมูลที่มีความหลากหลาย เช่น Telemedicine Thai refer Yaha Happiness HDC - ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ช่วยลด ขั้นตอนการปฏิบัติงาน - นโยบายการพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ (รพ.อัครวิริยะ, HAIT) 	<p>การใช้ Social media และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ความรวดเร็วในการสื่อสารมีความเสี่ยงจากการร้องเรียน และฟ้องร้องสูงขึ้น</p>

บริบท ความท้าทาย และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์

บริบทเชิงกลยุทธ์	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์
พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลด้านคลินิก	1.พัฒนาขีดความสามารถในการ	1.ผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญในการพัฒนางาน เช่น HA DHSA ER คุณภาพ HA EMS NQA

บริบทเชิงกลยุทธ์	ความท้าทายเชิงกลยุทธ์	ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์
<p>และดูแลผู้ป่วยวิกฤต FAST TRACK</p> <p>พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขา หลอดเลือดหัวใจ สาขา อุบัติเหตุ สาขามารดา และทารก สาขา สุขภาพจิต</p>	<p>ให้บริการผู้ป่วย Fast track Stroke,STEMI,Sepsis,MTI, PPH ,Psychitric โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ</p> <p>2.พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ให้มากขึ้น</p> <p>3.บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน</p> <p>4.สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต พร้อมใช้ และทันสมัย</p> <p>5.เพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง</p> <p>6.การจัดระบบบริการพิเศษสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการจำเพาะ</p> <p>7.ลดข้อร้องเรียน</p> <p>8.ขยายอาคารโครงสร้างหน่วยงาน</p> <p>9.แผนพัฒนาความเป็นเลิศด้านการพยาบาล จริยธรรมวิชาชีพ เทคโนโลยี สารสนเทศด้านการพยาบาล การจัดการความรู้และการวิจัย นวัตกรรม</p>	<p>2.เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ยกระดับ ศักยภาพบริการ แบบ SAP</p> <p>3. ระบบการดูแลผู้ป่วย FastTrack รูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่ายจังหวัดยะลา One Province one ER ,One province one ECS</p> <p>4.พยาบาลและเจ้าพนักงานฉุกเฉิน การแพทย์ขั้นสูง ได้รับการส่งเสริม อบรม ฟื้นฟูความรู้ทุกคน 100 %</p> <p>5.ในการปฏิบัติงาน จนท.มีขวัญ และกำลังใจ และความผูกพันต่อองค์กร ร้อยละ 80</p> <p>6. นโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ แบบ Service plan ทำให้เครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉินและมีความเสี่ยงสูง</p> <p>7.หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเขารวมเป็นคณะกรรมการที่นำคุณภาพ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ รพ.</p> <p>8.มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (ENP) ตามแผน 5 ปี</p> <p>9.มีระบบปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญกว่า</p> <p>10.ระบบ Telemedicine</p> <p>11.ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ</p> <p>12.การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคี เครือข่าย รพสต. และทีมกู้ชีพ กู้ภัย</p>

8.ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

ด้านระบบการพัฒนาคุณภาพ :

มีการปรับปรุงผลการดำเนินงานโดยนำระบบมาตรฐานมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพบริการดังนี้

1. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปี 2550 กองการพยาบาล
2. มาตรฐาน HA Reaccreditation ครั้งที่ 4
3. มาตรฐาน ER คุณภาพ 2561
 - 3.1 มาตรฐานการจัดการบริการห้องฉุกเฉิน
 - 3.2 MOPH ED TRIAGE

- 3.3 การจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยในสถานพยาบาล
- 3.4 ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ
- 3.5 Preventing Workplace violence in Hospital
- 3.6 มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล
- 3.7 แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์โรค Covid -19
4. ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ เช่น 5 ส. ,Healthy work place, IC, HAIT, กิจกรรมทบทวน RCA , การบริหารความเสี่ยง, CQI R2R การวิจัย , การนิเทศทางการพยาบาล เป็นต้น

ด้านกระบวนการประเมินผล :

- 1.ประเมินตนเองระดับหน่วยงาน
- 2.ประเมินไขว้ระหว่างหน่วยงาน
- 3.ประเมินไขว้โรงพยาบาลภายในจังหวัด
4. การติดตามนิเทศงานของคณะกรรมการ Service Plan ระดับจังหวัด
- 5.ใช้กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal survey)
- 6.การประเมินโดยองค์กรวิชาชีพภายนอก เช่น สรพ., กองการพยาบาล, สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 7.ประเมินผลทางด้านบุคลากรเพื่อพัฒนาสมรรถนะตามส่วนขาด
8. ประเมินประสิทธิผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน

ด้านกระบวนการเรียนรู้:

มีการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพระดับบุคคลเมื่อบุคลากรเริ่มต้นเข้ามาทำงานในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการปฐมนิเทศเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และมีการฟื้นฟูความรู้แก่บุคลากรเก่าทั้งในระดับโรงพยาบาล และในหน่วยงาน มีการจัดระบบการเรียนรู้คุณภาพหน้างาน เช่น การพัฒนาบริการด้วย CQI, กิจกรรมทบทวน RCA ,การประเมินตนเอง, R2R, การประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้ภายใน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระบวนการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลที่สำคัญ การเรียนรู้เพื่อให้ทำงานอย่างมีความสุข รวมทั้งการประชุมวิชาการภายนอกหรือร่วมประชุมนำเสนอผลงานระดับโรงพยาบาล ระดับเขตและระดับประเทศ ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีกิจกรรมCQI ปรับปรุงคุณภาพงาน ส่งเสริม สนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนานวัตกรรมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการนำสู่หน่วยงาน และติดตามรายงานผลทุกปี แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการโดยการประชุมวิชาการต่างๆ การประชุมนำเสนอผลงานวิชาการภายนอกองค์กร เป็นต้น

9.สถิติการให้บริการที่สำคัญของหน่วยงาน (อ้างอิงจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม Hosxp)

ผู้ป่วย	ปี 2563	ปี2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
Level 1 : Resuscitate	625	585	930	580	613
Level 2 : Emergency	9585	2808	5929	5520	5945

ผู้ป่วย	ปี 2563	ปี2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
Level 3 : Urgency	11441	11098	10950	10747	11269
Level 4 : Semi-Urgency	6657	8361	6560	5392	5682
Level 5 : Non urgency	2054	6846	2920	2491	2165
จำนวนผู้ป่วยทั่วไป	26979	26101	24985	21019	20720
จำนวนผู้ป่วย EMS	2056	1154	984	2083	3040
จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร	456	415	321	427	540
จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด	871	828	999	1201	1374
รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	30362	28498	27289	24730	25674
เฉลี่ยต่อวัน	83	78	75	68	70

5. อันดับโรคงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อุบัติเหตุ

ลำดับ	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
1.	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	พลัดตกหกล้ม	พลัดตกหกล้ม
2.	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน
3	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของสัตว์/คน	พลัดตกหกล้ม	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ	อุบัติเหตุสัมผัสกับแรง เชิงกลของวัตถุสิ่งของ
4.	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	อุบัติเหตุจราจร	พลัดตกหกล้ม	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุจราจร
5.	บาดเจ็บไม่ทราบ เจตนา	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	สัมผัสพิษจากสัตว์ หรือพืช	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช	สัมผัสพิษจากสัตว์หรือ พืช

ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2563	ปี 2563	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
1	Pneumonia	ACS	Pneumonia	Pneumonia	Pneumonia
2	ACS	MTI	COPD	COPD	COPD
3	Stroke	CHF	Sepsis	Sepsis	Sepsis
4	COPD	HI	Stroke	Stroke	Stroke
5	Sepsis	Pneumonia	ACS	ACS	ACS

5 อันดับ Refer In

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2563	ปี 2563	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
1	HT	HT	HT	HT	HT
2	DM	DM	DM	CKD	DM

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2563	ปี 2563	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
3	Pneumonia	pneumonia	High risk pregnancy	High risk pregnancy	High risk pregnancy
4	High risk pregnancy	Lacerate wound	Lacerate wound	Abdominal pain	Abdominal pain
5	Lacerate wound	High risk pregnancy	pneumonia	Infected wound	Infected wound

5 อันดับ Refer Out

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย. 67
1	Stroke	Stroke	Stroke	Stroke	Stroke
2	MHI	MHI	MHI	MHI	MHI
3	Appendicitis	High risk pregnancy	Pneumonia	STEMI	STEMI
4	High risk pregnancy	STEMI	STEMI	Pneumonia	Appendicitis
5	AMI	Covid-19	Appendicitis	Appendicitis	Sepsis

5 อันดับ Refer receive

ลำดับ/ปี พ.ศ	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567 ต.ค.66- ก.ย.67
1	NA	NA	NA	C/S	C/S
2	NA	NA	NA	NB c C/S	NB c C/S
3	NA	NA	NA	Pneumonia	Pneumonia
4	NA	NA	NA	Stroke	Stroke
5	NA	NA	NA	Wound care	Wound care

2.สวนสาระ : ผลการดำเนินการ

หมวด 1 การนำองค์กร : ผลการดำเนินการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และ ค่านิยม</p> <p>1) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และถ่ายทอดไปยังบุคลากรพยาบาลทุกระดับ เพื่อนำไปปฏิบัติรวมถึงปฏิบัติตนอันเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร และเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ</p>	<p>1) หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชร่วมกับรองหัวหน้างาน และตัวแทนผู้ปฏิบัติ ร่วมทบทวนและวิเคราะห์ (SWOT Analysis) และกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจร่วมกับโรงพยาบาลหลังจากนั้น นำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมและยุทธศาสตร์ เชื่อมโยง มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการระดมสมอง กำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม จัดทำยุทธศาสตร์ของกลุ่มงานการพยาบาลทุก 3 ปี จัดทำแผนปฏิบัติการทุกปี ติดตามการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือน</p> <p>วิสัยทัศน์ ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และประทับใจ</p> <p>พันธกิจ :</p> <p>๑. ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และผสมผสานที่ได้มาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย มีความพึงพอใจ</p> <p>๒. พัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากร ทั้งด้านบริการพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม มีจิตอาสา สุขภาพดี ปลอดภัย และมีความสุขในการทำงาน</p> <p>๓. บริหารจัดการองค์กรการพยาบาลให้มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้</p> <p>ค่านิยม : Smart Nurses เป็นบุคลากรเชี่ยวชาญ เมตตา ซื่อสัตย์ บุคลิกภาพดี มีความรับผิดชอบ</p> <p>: Smart Care นำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแล</p> <p>สุขภาพผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>ถ่ายทอดสู่บุคลากรในหน่วยงาน โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประชุมประจำเดือนหน่วยงาน , line group ER YCPH, รับและส่งเวร 2. เอกสารต่างๆได้แก่ ธรรมนูญองค์กรพยาบาล,แผนยุทธศาสตร์,คู่มือปฐมนิเทศหน่วยงาน, ป้ายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ประจำไว้ที่หน่วยงาน 3. สื่อสารผ่านระบบ intranet กลุ่มงานการพยาบาล และเวปไซด์ของโรงพยาบาล 4. ประเมินผลการสื่อสารวิสัยทัศน์ พันธกิจโดยการสุ่มสอบถามผู้ปฏิบัติและการติดตามผลสำเร็จการดำเนินงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.วิสัยทัศน์ โรงพยาบาล/กลุ่มการพยาบาล 2.พันธกิจกลุ่มการพยาบาล/หน่วยงาน 3.แผนยุทธศาสตร์รพ./กลุ่มงานการพยาบาล 4.บันทึกการประชุมประจำเดือน 5. สมุด Morning talk 6.ติดป้ายวิสัยทัศน์ พันธกิจ ดานใน ER 7.ธรรมนูญองค์กรพยาบาล 8.คู่มือปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ 9.Unit profile หน่วยงาน 10.ลายเซ็นรับทราบข้อปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ 11.ระบบ intranet ของโรงพยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>ตามแผนงานโครงการทุก 3 เดือน โดยติดตามตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ และผลลัพธ์การดำเนินงาน</p> <p>หัวหน้างานปฏิบัติตนให้เห็นเป็นแบบอย่าง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> มาทำงานตรงเวลา เข้าประชุมตรงเวลา ปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายโรงพยาบาล จัดทำ Career path กับ career leader ให้ชัดเจน กำหนดระบบมอบหมายงานและการนิเทศตามระดับประสบการณ์ในการทำงาน 	
<p>2) ผู้บริหารพยาบาลทุกระดับ แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติ ตามกฎหมายและการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม รวมถึงสร้างสภาพแวดล้อมในองค์กรที่ส่งเสริมกำหนดและส่งผลให้มีการปฏิบัติตามเอทิกส์แห่งวิชาชีพ กฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ</p>	<p>หัวหน้างานเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้าน จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ประกาศนโยบายให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และปฏิบัติตามเอทิกส์วิชาชีพ ดังนี้ กำหนดให้ทบทวนแนวทางปฏิบัติและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในหน่วยงานให้สอดคล้องกับจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลและกฎหมาย จริยธรรมวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ได้อย่างถูกต้อง พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีใบประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุ การจัดโครงสร้างการพยาบาลสอดคล้องกับกระทรวงกำหนด คัดภาระงานและจัดอัตรากำลังตามมาตรฐานสภาการพยาบาล มีวิธีการคัดเลือก/แต่งตั้งพยาบาลทุกระดับตามเกณฑ์ และแนวทางปฏิบัติของกลุ่มงานการพยาบาลที่ชัดเจน มีการมอบหมายตัวชี้วัดรายบุคคล มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พัฒนาคุณภาพ โดยใช้ นวัตกรรม และการวิจัย CQI ประเมินการปฏิบัติ โดย ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ประกอบวิชาชีพ ปีละ 1 ครั้ง โดย HR Nurse แจ้งเดือนก่อนหมดอายุ 6 เดือน และมอบหมายงานให้เหมาะสมแก่พยาบาลที่ยังไม่มีใบประกอบวิชาชีพ และมีระบบรับข้อร้องเรียน ด้าน จริยธรรมและ มาตรฐานวิชาชีพ ทั้งแบบเอกสารและ Line Official มีระบบทบทวนการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ ละเมิดจริยธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลปฏิบัติราชการ (ผลการประเมิน) ทุก 6 เดือน - แฟ้มส่วนบุคคลของบุคลากร - คำประกาศจรรยาบรรณวิชาชีพ ในคู่มือบริหารองค์กรพยาบาล - ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของพยาบาล - คำประกาศสิทธิผู้ป่วย - ผลการประเมิน - นโยบายการบรรจุแต่งตั้ง - นโยบายการตรวจพิสูจน์คุณสมบัติบุคลากร - ผลงานวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย - WI - Website ,intranet group line - แผนนิเทศทางการพยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	8.แผนนิเทศทางการพยาบาล SBAR และ E-FIRE (environment ,Flow ,Infection control, Risk, Equipment	
3) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กร การสร้างนวัตกรรม ความคล่องตัวขององค์กร การเรียนรู้ในระดับองค์กรและระดับบุคคล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน ความร่วมมือ และการประสานงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานทุกระดับสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน การบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์ขององค์กร 2. กำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์กร ประชุมถ่ายทอดตัวชี้วัดให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ติดตามผลลัพธ์ทุก 6 เดือน 3. จัดประชุมประจำเดือนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 4. ให้กำลังใจให้คำปรึกษาพนักงานช่วยแก้ปัญหา ผลักดันการดำเนินงานต่อผู้บริหารสูงสุด เมื่อเกิดปัญหาและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติโดยตรง ส่งเสริมให้มีความรู้ด้านการวิจัย R2R แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน 6.สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยเน้นการนำข้อมูลสารสนเทศจากงานประจำมาใช้ประโยชน์ มาเรียนรู้ร่วมกัน ปรับกระบวนการทำงานและแนวปฏิบัติสู่การทำ CQI R2R งานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 6. สนับสนุนการนำเสนอผลงานวิชาการ ระดับ รพ.จังหวัด เขตและประเทศ 7.สร้างขวัญกำลังใจโดยการพิจารณาให้ขั้นพิเศษในการพิจารณาความดี ความชอบ 8.ให้รางวัลยกย่องชมเชยบุคลากรในหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดี มีคุณสมบัติตรงตามอัตลักษณ์โรงพยาบาลคุณธรรม 8. ใช้หลักการสร้างพลังกลุ่มและความสุข ในการทำงานแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างการปฏิบัติงานหน่วยงาน - แผนการนิเทศงานและรายงานผล -รายงานการประชุมประจำเดือน หน่วยงาน -บุคลากรในหน่วยงาน ได้รับรางวัลบุคคลต้นแบบด้านคุณธรรม - ผลงานวิชาการ นำเสนอรางวัลระดับโรงพยาบาล,จังหวัด, เขต, ประเทศ
1.2 การสื่อสารและผลการดำเนินการ 1) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ สื่อสารให้อำนาจการตัดสินใจและจูงใจบุคลากรทุกคนในองค์กร/หน่วยงานพร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้ง	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้างานกำหนดให้ รองหัวหน้าและหัวหน้าทีม มีอำนาจในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ สื่อสารบุคลากรทุกระดับแบบสองทางเพื่อกระตุ้นให้เกิดผลงานที่ดีทั่วทั้งองค์กร ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการดังนี้ -ประชุมประจำเดือน เดือนละ 1 ครั้ง และตามความจำเป็นกรณีเร่งด่วน วาระการชี้แจง คุณภาพ ถ่ายทอดความรู้ รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุมของกลุ่มการพยาบาล/หน่วยงาน -แผนการนิเทศงานและรายงานผล -ผลการนิเทศ SBAR เรื่องเล่าเช้านี้

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
องค์กร และประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดผลงานที่ดี	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารสองทางผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น line group, google drive, FB ER YCPH - แผนนิเทศของ หัวหน้าฝ่าย/งาน หรือเมื่อมีสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน - การสื่อสารผ่านวาจา ทางโทรศัพท์กรณีเร่งด่วน สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล โดยเน้นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> - สื่อสังคมออนไลน์ กลุ่ม line FB
2) ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและยกย่องชมเชย เพื่อสนับสนุนการบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ คุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล	<p>หัวหน้างานปฏิบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีบทบาท เชิงรุกในการให้รางวัล และยกย่องชมเชย เพื่อเสริม สร้างการบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ การมุ่งเน้นคุณภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานค้นหาบุคคลดีเด่นหรือผู้ที่มีบริการดีจากใบคำชมเชย การสอบถามผู้มารับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ - พิจารณาคัดเลือกบุคคลดีเด่นหรือผู้ที่มีผลงานดีเด่น เพื่อคัดเลือกเข้าร่วมประกวดหรือส่งเข้ารับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขต และกระทรวง เช่น รางวัลพยาบาลดีเด่นและรางวัลพยาบาลต้นแบบในวันพยาบาล - คัดเลือกบุคลากรดีเด่นประจำปี - กำหนด KPI รายบุคคล การประเมินผล การปฏิบัติงานรายบุคคล - ส่งเสริมให้ปฏิบัติงาน พัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลและความปลอดภัยในดาน การสร้างนวัตกรรม/การวิจัยทางการพยาบาล เมื่อผลงาน ได้รับการนำเสนอทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีการยก ย่องชมเชย อีกทั้งส่งเสริมงานพฤติกรรมบริการที่ดี เมื่อ บุคลากรได้รับคำชื่นชมจากผู้รับบริการและ มีของขวัญชมเชย ในที่ประชุมประจำเดือน - ส่งเสริมการนำนวัตกรรม หรืองานวิจัย R2R มาเผยแพร่สู่การปฏิบัติ เช่น การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Stroke STEMT Sepsis <p>รางวัลพยาบาลต้นแบบ ปี 2563 นางศกลวรรณ อารีบุหงา พว. เข็มเชิดชูเกียรติ ประเภทสรรเสริญ ชั้น 5 ปี 2561 นางศกลวรรณ อารีบุหงา พว.เป็นผู้มีจิตอาสา เสียสละ ปี 2564 นายมหามะชัยดิ้ง แดวอสนุง เวชกิจฉุกเฉิน เป็นผู้ มีจิตอาสา เสียสละ</p> <p>บุคลากรดีเด่นระดับหน่วยงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุมประจำเดือน - KPI รายบุคคล - แบบประเมินผลการให้คะแนนการปฏิบัติงานรายบุคคล - แนวทางปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เช่น Stroke STEMT Sepsis - ภาพถ่ายในการให้รางวัล ต่างๆ - ใบประกาศพยาบาลดีเด่น พยาบาลต้นแบบประจำปี (5 ปี ย้อนหลัง ทุกระดับ) - ใบประกาศ เข็มเชิดชูเกียรติ - ใบประกาศผลงานระดับต่างๆ - ผล popular vote - ผลการทบทวน RCA - รายงานอุบัติการณ์ - ผลการขับเคลื่อน 3 P safety

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>นางศกลวรรณ อารีบุหงา พว. น.ส.ชยันะ สาและ พว. น.ส.นัจวา เจ๊ะหะ พว.</p> <p>พยาบาลดีเด่นระดับจังหวัด ปี 2567</p> <p>นางศกลวรรณ อารีบุหงา พว. หัวหน้างาน มอบนโยบายให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ทางการพยาบาลทุกระดับใช้กระบวนการดูแล โดยใช้ หลักการ 3 P Safety : 9 Essential Standard เพื่อให้ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีการจัดเวทีทบทวน กระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย มีการจัดเวทีทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในเวทีการ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจากเหตุการณ์ สำคัญเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสนับสนุนให้ได้เข้า รับการประชุมอบรม เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</p>	
<p>3) ผู้บริหารการพยาบาล กำหนดจุดเน้นที่การ ปฏิบัติการเพื่อปรับปรุง ผลงานการบรรลุวิสัยทัศน์และ เป้าประสงค์ขององค์กร รวมทั้งทบทวนตัวชี้วัดผลการ ดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ และสื่อสารให้ทราบถึงการ ตัดสินใจที่สำคัญและความ จำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนการ ดำเนินการ (กรณีมีการ เปลี่ยนแปลงในองค์กร พยาบาล)</p>	<p>หัวหน้างานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวชกำหนดจุดเน้นที่ ปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการและแผนพัฒนางาน ด้านต่าง ๆ โดยกำหนดตัวชี้วัดผ่านระบบสารสนเทศ KMIT ของกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประ สงค์ขององค์กร และหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพการ บริการ โดยดำเนินการภายใต้หลักการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง เช่น HA, QA ,KM, LEAN Management, IC , 5 ส,และการดำเนินงานตามอัตลักษณ์ รพ. รวมทั้งทบทวน ตัวชี้วัดผลการดำเนินการปละ 2 ครั้ง เพื่อนำมาพัฒนางาน ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และสื่อสารให้ทราบถึงการตัดสินใจที่ สำคัญและจำเป็น ต่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินการโดย การประชุมรับ-ส่งเวรทุกเช้า และรายงานประชุม ประจำเดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินตนเอง - ทบทวน 12 กิจกรรม - ตัวชี้วัดหน่วยงาน -รายงานอุบัติการณ์ -รายงาน สมุด Morning talk -รายงานการประชุม ประจำเดือน -แผนปฏิบัติการ/ โครงการ -สรุปผลการ ดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการของ กลุ่มการพยาบาล
<p>1.3 การกำกับดูแลองค์กร พยาบาล</p> <p>1) มีระบบการกำกับดูแลที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อ การกระทำของผู้บริหาร ความ รับผิดชอบด้านการเงิน ความ โปร่งใสในการดำเนินการ และ</p>	<p>หัวหน้างานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช จัดระบบกำกับโดย มอบนโยบาย และกำหนดบทบาทหน้าที่โดยให้มีการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และตรวจสอบการดำเนินงาน ให้เป็นไปอย่างโปร่งใส ดังนี้</p> <p>1. ด้านบริหาร การประเมินคุณภาพทางการพยาบาล องค์กรประกอบควบคุมภายใน ดูแลการปฏิบัติงาน โดยให้มี การนิเทศกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง แผนพัฒนาบุคลากร จัดทำมาตรฐาน/แนวทาง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการองค์กร พยาบาล - แผนอัตรากำลัง - แผนพัฒนาบุคลากร - แผนวัสดุ ครุภัณฑ์ - ระเบียบปฏิบัติ การเบิกจ่าย

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์	<p>ปฏิบัติ การบริหารอัตรากำลัง โดยการจัดอัตรากำลังปกติ อัตรากำลังสำรอง มีการปรับเพิ่มลดอัตรากำลังตามภาระงาน และบริหารอัตรากำลังภาวะไม่ปกติ</p> <p>2. ค่าใช้จ่าย การเบิกค่าตอบแทนที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ การควบคุมการเบิกจ่ายวัสดุ ครุภัณฑ์เวชภัณฑ์งบประมาณโดยทำแผนงาน</p> <p>3. ด้านบริการ จัดทำแนวทางปฏิบัติงานการควบคุมกำกับ การปฏิบัติพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน/วิธีปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มโรคสำคัญของแต่ละหน่วยงาน</p> <p>4. ควบคุมกำกับโดยการนิเทศตรวจสอบจากผู้บริหารตามระดับ มีการควบคุมกำกับคุณภาพความสมบูรณ์เวชระเบียน และแผนการติดตามการดำเนินงานทุกเดือนทุกไตรมาส รายงานในเวทีประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานการพยาบาล</p>	<p>คำตอบแทน</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flow การเบิกจ่าย คำตอบแทน - เอกสารการลงชื่อ ปฏิบัติงาน/หลักฐาน การปฏิบัติงาน อิเล็กทรอนิกส์ - แผน HRM/HRD/ วัสดุ-ครุภัณฑ์ - ITA - ผลการประเมิน ความสมบูรณ์ของเวช ระเบียน - คู่มือบริหารกลุ่มงาน การพยาบาล - ผลการประเมินผล การปฏิบัติงาน - แผนการนิเทศ
2) มีการทบทวนระบบการกำกับและประเมินผลงานของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับระบบประเมินผลงาน	<p>หัวหน้างานมีการกำกับและประเมินผลงานของ การปฏิบัติงานทุกระดับ โดยหัวหน้างานประเมินกำหนด เป้าหมายที่ชัดเจนในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลทั้ง สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่ได้รับมอบหมายตาม เป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรพยาบาล มีการ ประเมินผลทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประเมินแบบ เป็นทางการ ปีละ 2 ครั้ง ประเมินแบบไม่เป็นทางการอย่าง ต่อเนื่อง ในรูปแบบการนิเทศหน้างานและติดตามผลการ ดำเนินงานทุก 1 เดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประชุม ประจำเดือน - ผลการประเมินการ ปฏิบัติงาน - ผลการนิเทศทางการ พยาบาล
3) ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงใช้ผลการทบทวนการประเมินผลดังกล่าวไปปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้บริหาร การพยาบาลแต่ละระดับ และประสิทธิภาพของการนำองค์กร	<p>หัวหน้างานนำผลการประเมินผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาล ทุกระดับมาพัฒนาศักยภาพรายบุคคล มีการสอนงาน On the job training ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านปฏิบัติการ ด้าน การวางแผน ด้านประสานงานและด้านบริการ เน้นภาวะ ผู้นำทางการพยาบาลให้รองหัวหน้าตึก เพื่อให้ร่วมเป็นผู้นำ องค์กรในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มอบหมายงาน นิเทศ ติดตาม กำกับ ส่งประชุม อบรม ติดตามส่วนขาดเพื่อ สามารถร่วมบริหารหน่วยงานได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บันทึกการประชุม, การสื่อสาร ทบทวน การปฏิบัติงาน - ผลลัพธ์การทบทวน - แผนพัฒนาบุคลากร อบรมผู้บริหารระดับ ต้น

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>1.4 พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายการรักษาจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ</p> <p>1) คาดการณ์ถึงความเสี่ยงผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลสาธารณะเนื่องมาจากบริการ/การดำเนินการขององค์กร</p>	<p>หน่วยงาน มีการคาดการณ์ถึงความเสี่ยงผลกระทบด้านลบต่อสังคมและความกังวลต่อสาธารณะเนื่องมาจากบริการ/การดำเนินงานขององค์กร เนื่องจากเป็นหน่วยบริการदानหนา ที่ประชาชนผู้มารับบริการมีความคาดหวังและความเครียดสูง เนื่องจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุโดยไม่คาดคิด บางครั้งอาจเกิด เหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ ไม่พึงพอใจหรือเกิดการ ทะเลาะวิวาท ก่อเหตุซ้ำในหน่วยงาน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้สารเสพติดที่มารับบริการ โดยมี</p> <p>1. มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน โดยใช้โปรแกรมความเสี่ยง HRMS ทั้ง Clinic และ non clinic ทุกหน่วยงานวิเคราะห์กระบวนการทำงานเพื่อค้นหาความเสี่ยง และวางแนวทางการป้องกัน แก้ไข</p> <p>-จัดทำ risk register จัดลำดับความสำคัญกำหนดแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของกลุ่มงานการกำหนดวิธีการค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับ</p> <p>-ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย</p> <p>-ค้นหาความเสี่ยงเชิงรับ จากรายงานผ่าน โปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาล การตรวจสอบเวชระเบียนหลังจำหน่าย การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนตัวชี้วัด/ข้อมูลการให้บริการ และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ</p> <p>2. กำหนดเป้าหมายเน้นจัดการความเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบต่อสังคมสาธารณะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่</p> <p>- ชะงักติดเชื้อ ดำเนินการควบคุมกำกับตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด</p> <p>- ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น ระบบการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การกำจัดขยะที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อ</p> <p>- การบริหารยา วิเคราะห์ปัญหาเสนอเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการยาปรับปรุงระบบการสั่งยาโดยมี ระบบ alert แพ้ยา</p>	<p>- โปรแกรมความเสี่ยง HRMS on cloud</p> <p>- risk register ขององค์กรพยาบาล และหน่วยงาน</p> <p>-คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลใน หน่วยงาน</p> <p>- คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการใกล้เคียง และการจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล</p> <p>- คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการจริยธรรม ทางการพยาบาล</p> <p>- ผลการทำ RCA</p>
<p>2) มีการเตรียมการเชิงรุก รวมถึงกระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด</p>	<p>องค์กรพยาบาลประกาศนโยบาย กำหนดตัวชี้วัด จัดทำแนวทางปฏิบัติและให้ความรู้แก่หน่วยงานในการรักษาสิ่งแวดล้อมได้แก่</p> <p>- ปฏิบัติตามนโยบายประหยัดพลังงาน มีกำกับการติดตามผลการอนุรักษ์พลังงาน</p>	<p>- แนวทางอนุรักษ์พลังงาน</p> <p>- SPA หน่วยงานในกลุ่มการพยาบาล</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยง/ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกับทีม ENV รับการประเมิน green and clean hospital - กำหนดเส้นทางขนของสะอาด/ สกปรก การจัดการขยะ, การใช้น้ำยา/สารเคมี ,การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน - การสำรองทรัพยากรในกรณีมีโรคระบาด 	<ul style="list-style-type: none"> - รางวัล green and clean hospital - นโยบาย ด้านIC
3) ส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรมีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ / ผู้รับผลงานในทุกกรณี มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม รวมถึงมีกลไกการรับรู้และการจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่อ่อนไหวและยากต่อการตัดสินใจ	<p>องค์กรพยาบาลกำหนดนโยบาย ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ด้านจริยธรรมองค์กร การติดตามกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและมีการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการกลุ่มงานการพยาบาล มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนำมาปรับปรุงแก้ไขเช่น อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แบบจิตปัญญาศึกษา</p> <p>ประเด็นทางจริยธรรมที่อ่อนไหวและยากต่อการตัดสินใจ องค์กรพยาบาลกำหนดไว้ว่า พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกชนชั้น ทุกอาการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คนไข้ติดเชือรุนแรงสามารถแพร่ระบาด การยุติการใส่เครื่องช่วยใจ การปฏิเสธการรักษา และขั้นตอนการแจ้งข่าวร้าย เพื่อเสนอทางเลือกในการรักษาและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาอย่างดีที่สุด โดยยึดหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย</p> <p>3.หน่วยงาน มีการติดตาม กำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม เช่น ข้อร้องเรียน พฤติกรรมบริการพยาบาล การมาทำงานสาย ขาดงาน มีโปรแกรม Save u & me บันทึกการเข้า- ออก งาน , บันทึกการลาต่าง ๆ การอบรม ศึกษาดูงาน ผ่านโปรแกรม Hos office</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือปฐมนิเทศ - การปฐมนิเทศ - การทบทวนความเสี่ยง - จรรยาบรรณวิชาชีพ - มาตรฐานวิชาชีพ - ค่านิยมองค์กร - Save You&Me - Hos Office - รายงานความเสี่ยง - ดานจริยธรรม/จรรยาบรรณวิชาชีพ
<p>1.5 การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน</p> <p>1) แสดงความมุ่งมั่นต่อการคำนึงถึงความผาสุกและผลประโยชน์ของสังคมในการเป็นส่วนหนึ่งในแผนกลยุทธ์</p>	<p>จากพันธกิจโรงพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ โดยประสานการทำงานร่วมกับเครือข่าย คปสอ.ยะหา วิเคราะห์บริบท และปัญหาสำคัญของชุมชนพบว่าประชาชนเป็นโรค NCD สูง (เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง) ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองสูง จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการ NCD ระดับอำเภอ วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกปี ได้ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ. และคปสอ. วางแผนป้องกัน ลด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการ/แผนงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อำเภอยะหา

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	อุบัติเหตุ ทางถนน รวมทั้งวางแผนทางการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2563-2567	
2) กำหนดชุมชนสำคัญและแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมสนับสนุน และสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน	ร่วมกับคณะทำงาน NCD Board คัดกรอง ผ.ป.กลุ่มเสี่ยง CVD risk > 40 ผ.ป. NCD HT DM CKD เพื่อป้องกันโรค STROKE STEMI จัดทำ Mapping Ems เพื่อออกปฏิบัติการรับ ผ.ป. กลุ่มเสี่ยง ให้รวดเร็ว กำหนดพื้นที่ในการออกปฏิบัติการ EMS ของหน่วยกู้ชีพกู้ภัย ให้ ครอบคลุมทุกตำบล โครงการ EMS สัญจร โครงการกู้ชีพประจำบ้าน ทุกตำบล/รพสต./โรงเรียน เรื่อง 1669 โรคฉุกเฉิน STROKE STEMI SEPSIS HI การปฐมพยาบาลเบื้องต้น CPR AED โครงการ 1 ตำบลลดอุบัติเหตุ ทางท้องถนน ออกหน่วยปฐมพยาบาล ประจำตำบลตรวจเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ 7 วันอันตราย เทศกาลรวมถือน ฮารีรายอ ออกหน่วยกู้ชีพพิบัติ ต่าง ๆ น้ำท่วม โรคระบาด	โครงการกู้ชีพประจำบ้าน One page กิจกรรมต่าง ๆ Program YAHA Happiness ทะเบียน STROKE STEMI ออกหน่วยปฐมพยาบาล
3) สนับสนุนสุขภาพของชุมชน ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน	1. ER คุณภาพสูง รพสต. เพิ่มทักษะ จนท. รพสต. ห้องฉุกเฉิน รพสต. อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ รูปแบบเดียวกันทุกพื้นที่ 2.ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสมรรถนะกู้ภัย/กู้ชีพ ร่วมจัดบริการ 1669 ดูแลเบื้องต้น ณ จุดเหตุเกิดและนำส่งผู้ป่วยถูกต้อง ทำ MOU กรณีต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน 4. เป็นวิทยากรสนับสนุนการให้ความรู้แก่องค์กรอื่นๆในชุมชน	- MOU - ER คุณภาพ รพสต. - EMS สัญจร -One page กิจกรรมต่าง ๆ -โครงการกู้ชีพประจำบ้าน

หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
2.1 การจัดทำกลยุทธ์ 1) มีกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ตามหลักการที่เหมาะสม ซึ่งสามารถระบุถึงขั้นตอน ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ กรอบเวลาของการวางแผน ระยะสั้นและระยะยาว โดยกระบวนการวางแผนเชิงกล	1. จัดทำแผนกลยุทธ์ ปี 2567 ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ในเดือนกันยายน โดยหัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับ ระดมความสมองทำ SWOT โดยใช้แนวคิด 7'S Model (Structure, Strategy, System, Share value, Staff, Skill) วิเคระห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร โดย ใช้ PESTLE (Politics, Economic, Social-culture, Technology, Legal, Environment) และ TOWS Matrix เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	- แผนยุทธศาสตร์ รพ. 2567 - แผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาล ระยะสั้นและ ระยะยาว 5 ปี - แผนปฏิบัติการ โครงการ หน่วยงาน - บันทึกการประชุม

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>ยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับกรอบเวลา</p>	<p>แผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์</p> <p>2. หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล มอบหมายให้หัวหน้างานทุกงานจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อสื่อสารสู่บุคลากรทุกระดับ โดยใช้ช่องทาง การประชุมของกลุ่มงานการพยาบาล/หน่วยงาน/ line</p> <p>3.ติดตามการดำเนินงานตามแผนทุก 3 เดือนและประเมินผลทุก 6 เดือน</p> <p>4.คณะกรรมการแผนงาน/โครงการสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรคเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและจัดทำแผนในปีต่อไป</p>	<p>- ลายมือชื่อรับทราบแผน</p>
<p>2) ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร รวมถึงมีกระบวนการ/วิธีการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดบอดที่อาจมองข้าม</p>	<p>ใช้การ SWOT analysis โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศการพยาบาลเช่น Top 5 High risk /Volume ,Refer In/out/Receive /Back DEAD ผลลัพธ์ตัวชี้วัดปฏิบัติการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน (Risk management) ข้อมูลด้านกำลังคนในหน่วยงาน (Productivity) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ผลจากการประเมิน ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจที่ได้จากทั้งผู้ปฏิบัติงานและ ผู้ใช้บริการรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยให้หน่วยงานทราบถึง จุดอ่อนหรือจุดบอดที่อาจมองข้ามก่อนนำมากำหนดเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์และความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ของกลุ่มงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมทุกด้าน</p> <p>ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการผู้ป่วย Fast track Stroke,STEMI,Sepsis,MTI, PPH ,Psychitric โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางตามความเชี่ยวชาญของแพทย์ใหม่มากขึ้น บริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต พร้อมใช้ และทันสมัย เพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง การจัดระบบบริการพิเศษสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการจำเพาะ ลดข้อร้องเรียน 	<p>- SWOT</p> <p>- วิสัยทัศน์/พันธกิจ</p> <p>- เป้าประสงค์</p> <p>- วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</p> <p>- ค่านิยมองค์กร</p> <p>- เข้มมุ่ง</p> <p>นโยบายการพัฒนา</p> <p>เครือข่ายบริการ</p> <p>สุขภาพ แบบ</p> <p>Service plan เขต</p> <p>12</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>8.ขยายอาคารโครงสร้างหน่วยงาน</p> <p>9.แผนพัฒนาความเป็นเลิศด้านการพยาบาล จริยธรรม วิชาชีพ เทคโนโลยี สารสนเทศด้านการพยาบาล</p> <p>ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ได้แก่</p> <p>1.ผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญในการพัฒนางาน เช่น HA DHS A ER คุณภาพ NOA</p> <p>2.เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ยกระดับศักยภาพบริการ แบบ SAP</p> <p>3. ระบบการดูแลผู้ป่วย FastTrack รูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่ายจังหวัดยะลา One Province one ER ,One province one ECS</p> <p>4.พยาบาลและเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ชั้นสูง ได้รับการส่งเสริม อบรม ฟื้นฟูความรู้ทุกคน 100 %</p> <p>5.ในการปฏิบัติงาน จนท.มีขวัญ และกำลังใจ และความผูกพันต่อองค์กร ร้อยละ 80</p> <p>6. นโยบายการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ แบบ Service plan ทำให้เครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งเพิ่ม การเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคฉุกเฉินและมีความเสี่ยงสูง</p> <p>7.หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเขารวมเป็นคณะกรรมการ ทีมนำคุณภาพ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ รพ.</p> <p>8.มีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล (ENP) ตามแผน 5 ปี</p> <p>9.มีระบบปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญกว่า</p> <p>10.ระบบ Telemedicine</p> <p>11.ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ</p> <p>12.การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคีเครือข่าย รพสต. และทีมกู้ชีพ กู้ภัย ดการความรู้และการวิจัย นวัตกรรม</p>	
<p>3) ในกระบวนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภัยคุกคาม รวมทั้งปัจจัยที่สำคัญอื่นๆ และ</p>	<p>วิเคราะห์ ปัญหาโดย SWOT analysis นำข้อมูลจากฐานข้อมูลสารสนเทศ มาใช้ ได้แก่ข้อมูลสถิติการให้บริการกลุ่มโรคที่สำคัญ ข้อมูลทางการเงินรพ.ข้อมูลจากการเทียบเคียงผลลัพธ์กับ รพ.ขนาดใกล้เคียงกัน</p> <p>นโยบาย ยุทธศาสตร์กระทรวง /เขต/จังหวัด / นโยบายกองการพยาบาล องค์กรอื่นๆ ที่มีผลกระทบ</p>	<p>-แผนยุทธศาสตร์ รพ./ กลุ่ม การพยาบาล</p> <p>-SWOT</p> <p>-แผนปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาล/หน่วยงาน</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	พบว่า กลุ่มโรคที่ต้องพัฒนาคือ Stroke STEMI HI Sepsis และการลด Unplan refer , Miss triage ,Delay refer วางแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ /โครงการ	-แผน บุ ค ล า ก ร / อัตรากำลัง
<p>2.2 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</p> <p>1) จัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และกำหนดกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</p> <p>2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้สมรรถนะหลักและความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน/ประชาชนหรือกลุ่มผู้ใช้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น</p> <p>3) มีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี</p>	<p>กำหนดกลยุทธ์ 7 กลยุทธ์ โดยมีวัตถุประสงค์</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 1 ประชาชนมีสุขภาพดีภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม</p> <p>กลยุทธ์ :</p> <p>WT2พัฒนาบริการในชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย</p> <p>SO5เพิ่มบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริม ป้องกันสุขภาพตามกลุ่มวัย</p> <p>ST1ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายและจิตอาสา</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับบริการมีคุณภาพและทันสมัย</p> <p>กลยุทธ์:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เปิดบริการเฉพาะทางสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และแพทย์ทางเลือก 2.ขยายบริการสุขภาพแก่ประชาชน (เช่น แพทย์แผนไทยทั้งบริการและผลิต แพทย์ปฐมภูมิ กายภาพ สุขภาพจิต สถานชีวาภิบาล และ ทันตกรรม) 3.ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยและความไว้วางใจของผู้ป่วย 4.ปรับลดขั้นตอนและกระบวนการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ 5.การบริการผู้ป่วย ตามปัญหาพื้นที่ แบบไร้รอยต่อ 6.ปรับบริการตามความต้องการและทันสมัย <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3. ยกระดับความ สุขความผูกพันของบุคลากร</p> <p>กลยุทธ์:</p> <p>WO2พัฒนาศักยภาพการให้บริการและบุคลากรมีสมรรถนะสูง</p> <p>WO5.สนับสนุนให้บุคลากรมีเพียงพอกับระดับบริการ</p> <p>SO8. ยกระดับความสุข ความผูกพัน และความปลอดภัยของบุคลากร</p> <p>SO7.เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมและการเรียนรู้โดยใช้เทคโนโลยี</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเป็นเลิศ</p> <p>กลยุทธ์</p> <p>SO1 สร้างภูมิทัศน์ เพื่อการเยียวยา</p>	<p>- ยุทธศาสตร์รพ. /กลุ่มการพยาบาล ระบุ แผน ระยะ สั้น ,แผนระยะยาว</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	SO6 สร้างภาพลักษณ์ด้านบริการที่ดี WO1 ปรับปรุงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมเพื่อรองรับการขยายบริการ WO3 พัฒนาระบบบริหารจัดการและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ด้วยเทคโนโลยีและสารสนเทศ WT3 พัฒนาช่องทางการเรียนรู้ด้านบริการและนวัตกรรม	
2.3 การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ 1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ และสร้างความตระหนักให้บุคลากรมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ	1. หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช Nurse manager service plan ได้จัดทำแผนปฏิบัติการโดยพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย การดำเนินงานที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด นโยบายโรงพยาบาล, นโยบายกระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนงานและนำสู่การปฏิบัติจริง 2. ประเมินแผนปฏิบัติการทุก 3 เดือนเพื่อติดตามความก้าวหน้าหากแผนปฏิบัติการมีปัญหา หรืออุปสรรค จะดำเนินการปรับแผนนั้นๆ 3. ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติ ผ่านการหน่วยงาน line กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน ควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามและรายงานผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดแต่ละไตรมาส 4. กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านบุคลากร ด้านการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและปลอดภัย หัวหน้างานทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีสมรรถนะสอดคล้องตามที่ต้องการ	-มีการลงชื่อรับทราบแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน - ตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงาน -แผนปฏิบัติการหน่วยงาน -รายงานการประชุมบุคลากรในหน่วยงาน วาระที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาคุณภาพและรูปแบบการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ
2) มีระบบการวัดผลโดยรวมของแผนปฏิบัติการที่เสริมสร้างให้องค์กรพยาบาลดำเนินการสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน อาทิ การจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด	1.หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช วัดผลตามกรอบเวลาที่กำหนด และทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นำผลการทบทวนและผลการประเมินติดตามตัวชี้วัดมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา 2. กำหนดระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกระดับ 3. มีระบบวัดผลการดำเนินการที่สำคัญโดยตั้งเป้าหมายให้เทียบเท่าหรือดีกว่า โดยเทียบจากผลการดำเนินการ 3 ปีที่ผ่านมา เทียบเคียงกับเกณฑ์มาตรฐานและกับโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียง 4. กำหนดผู้รับผิดชอบรายตัวชี้วัด โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่วัดผลลัพธ์สำคัญ และรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ผังกำกับแผนงานโครงการแต่ละหน่วยงาน -รายงานตัวชี้วัด -one page แผนปฏิบัติการ
3) มีการทบทวน ปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ	หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช ติดตามประเมินแผนปฏิบัติการ เมื่อพบว่ามีความไม่เป็นไปตามแผนหรือไม่บรรลุเป้าหมาย จะทบทวน และนำไปปรับ	- ผลการทบทวน - ผลการดำเนินงาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการมีความยั่งยืน</p>	<p>แผนปฏิบัติการ รายงานแผนทุก 3 เดือน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้รวดเร็ว ทันทต่อการเหตุการณ์โดยการประเมิน/ติดตาม/นิเทศ และข้อมูลอื่นๆ เช่น จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการทบทวนในการประชุม ประเด็นด้านจริยธรรม และการ พಿತักษีสติผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาทบทวนแผนฯ ในวาระการประชุมประจำเดือนหน่วยงานจากนั้นจึงมอบหมายทีมพัฒนา คุณภาพการพยาบาลแต่ละทีมในการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการให้ บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานทุกคนรับทราบถึงบทบาทและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่มีการปรับเปลี่ยนต่อไป</p>	<p>-เอกสารปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ -รายงานตัวชี้วัด -GNPG</p>
<p>2.4 การสนับสนุนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>1) มีการจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ โดยระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากรและโอกาสของการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ</p>	<p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการสนับสนุนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ให้มีประสิทธิภาพโดยมีการจัดทำแผนบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่ระบุถึงการบริหาร อัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากรระยะเวลา 5 ปี ตามแผนกลยุทธ์ อีกทั้งดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถเฉพาะสาขา และกลุ่มโรคสำคัญตามแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการส่งบุคลากรเรียนเฉพาะทาง 4 เดือนสอดคล้องกับแพทย์เฉพาะทาง ตาม Service plan คือ การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน กรณีที่ไม่ได้ตามแผนมีการขอสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เขตบริการสุขภาพที่ 12 เพื่อ เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ ให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้</p>	<p>-แผนบุคลากร -คู่มือบริหารการพยาบาล</p>
<p>2) มีการสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ให้มีความพร้อมใช้ในการสนับสนุนแผนปฏิบัติการจนประสบความสำเร็จ</p>	<p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการกำหนดงบประมาณที่ชัดเจนในแผนงานโครงการ แผนปฏิบัติการ แผนวัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง รวมทั้งระบุงบประมาณในแต่ละแผนงาน/โครงการและนำแผนปฏิบัติการนำเข้าวาระการประชุม คณะกรรมการจัดทำแผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลเพื่ออนุมัติการใช้เงิน และเสนอในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอีกครั้ง มีการสนับสนุน/อำนวยความสะดวกในการจัดทำแผนงาน โครงการสนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากร เป็นต้น เพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ</p>	<p>-PLANFIN ของโรงพยาบาล -แผนครุภัณฑ์ -ก่อสร้าง ปี 2567 -แผนโครงการ / ปฏิบัติการ</p>
<p>3) มีการทบทวนแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ</p>	<p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยหัวหน้างานมีการทบทวนและปรับแผนด้านทรัพยากรบุคคลทุก 6 เดือนหรือ</p>	<p>- แผนการอบรม</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
แผนการใช้ทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพื่อความคล่องตัวต่อการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ	ตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยการประเมิน/ติดตาม/นิเทศ และข้อมูลอื่นๆ เช่น จากการทบทวนอัตรากำลัง นำข้อมูลที่ได้มาปรับ แผนฯ ในวาระการประชุมประจำเดือนของกลุ่มงานการพยาบาล และนำผลการทบทวน/ปรับแผนเสนอในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาอีกครั้ง	-แผนปฏิบัติการ/ โครงการ -รายงานการประชุม
2.5 การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน 1) มีการคาดการณ์ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการตามกรอบเวลาที่กำหนด โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลการดำเนินการที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม	งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช มีการจัดวางโครงสร้าง และบทบาทในการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ เพื่อ บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ รวมถึงมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาย้อนหลัง 3 ปี นำส่วนผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย และโรงพยาบาลที่อยู่ ระดับเดียวกัน (F2) ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และเปรียบเทียบเป้าหมายของเขต 12 เทียบกับค่าเฉลี่ยผลงานกองการพยาบาล	-ผังกำกับงานตาม ระยะเวลา -ผลการเปรียบเทียบ ผลการดำเนินงาน
2) มีการติดตามกำกับความก้าวหน้าของผลการดำเนินการตามที่คาดการณ์ไว้	งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช มีการติดตาม ความก้าวหน้า การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยติดตาม ตัวชี้วัด ปัญหาอุปสรรค รายเดือน รายไตรมาส นำเสนอในการประชุมประจำเดือนหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงแผน/ผลลัพธ์ ที่ยังไม่ บรรลุตามเป้าหมายมีการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	-ผังกำกับงาน -รายงานการประชุม -ผลการดำเนินงาน
3) มีการกำหนดวิธีการตอบสนองต่อความแตกต่างของผลการดำเนินงาน เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะของกิจกรรม ภาระงานและขนาดใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์ในอนาคต	กรณีนี้ที่ผลการดำเนินการ/ตัวชี้วัดไม่ได้ตามค่าเป้าหมาย นำเสนอในการประชุมประจำเดือนหน่วยงาน มีการระดมความคิด เห็น รวบรวมข้อมูลสำคัญ มาวิเคราะห์และ ทบทวนการ ดำเนินงานทุกขั้นตอน หาจุดอ่อน จุดแข็ง ปัจจัยกระทบ ความสำเร็จตามตัวชี้วัดหลัก ปรับกลยุทธ์ในการจัดการแผนปฏิบัติการ เพื่อตอบสนองผลการดำเนินงานในปัจจุบันและอนาคต ให้ บรรลุเป้าหมายที่วางไว้รวมถึง นำสู่ผู้ปฏิบัติ	- รายการตัวชี้วัดและ เป้าหมายตามแผน กลยุทธ์หน่วยงาน - ผลการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการ หน่วยงาน -รายงานการประชุม ประจำเดือน

หมวด 3 ผู้ใช้บริการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>3.1 การรับฟังผู้ให้บริการ</p> <p>1) ระเบียบวิธีการจำแนกกลุ่มของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่นที่เกี่ยวข้องและกำหนดขอบเขตของบริการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับผลงานอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>1. การจำแนกประเภทกลุ่มผู้ให้บริการตามความเร่งด่วนและความรุนแรงของโรค โดยใช้หลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามหลัก MOPH ED Triage</p> <p>2. การจำแนกประเภทกลุ่มผู้ให้บริการ ลูกค้าภายใน ลูกค้าภายนอก และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา กลุ่มสตรีและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ, ผู้ป่วย HIV</p> <p>- งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จะประกอบด้วยผู้มีสิทธิการรักษา พยาบาลดังต่อไปนี้ คือ สิทธิพระภิกษุ สิทธิข้าราชการ เบิกได้(จ่าย ตรง) สิทธิครูเอกชน สิทธิอปท. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิผู้มรายได้น้อย สิทธิผู้พิการ สิทธิประกันสังคมและพรบ.</p>	<p>- WI การจำแนกผู้ให้บริการ</p> <p>- ผลแบบสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะ</p> <p>- ช่องทางร้องเรียน</p> <p>- ผลการดำเนินงานข้อร้องเรียนรายปี</p> <p>- แบบประเมิน/ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการ</p>
<p>2) กำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงานอื่น มีการนำผลการรับฟังและเรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการพยาบาลและปรับปรุงกระบวนการทำงานรวมทั้งใช้เสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการมาตอบสนองความต้องการและความคาดหวังเพื่อให้ผู้ให้บริการพึงพอใจมากขึ้น</p>	<p>1. สอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการและผู้รับผลงานอื่นในรพ. และชุมชนและนำผลมาปรับปรุง ติดตามผลทุกเดือน</p> <p>2. เก็บคะแนนความพึงพอใจหลังรับบริการรายเดือน</p> <p>3. จัดตั้งพื้นที่ Triage มีพยาบาลประจำจุดตลอดเวลา รับฟังข้อร้องเรียน โกล่เกลี่ยเบื้องต้น</p> <p>4. มีตู้รับความคิดเห็น และมี QR code เพื่อให้แสดงความคิดเห็นได้ชัดเจน รวดเร็ว</p> <p>5. มีช่องทาง Electronic เช่น Line@, Facebook, Website สายด่วนรับเรื่องร้องเรียน</p> <p>6. มีศูนย์ Call Center เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ โดยมีทีม Care D plus เป็นผู้รับผิดชอบ</p> <p>7. มีการปรับ Flow บริการ , monitor guidance ขยายเวลารับบริการนอกเวลาราชการ จนถึง 24.00 น. เพื่อคัดแยกผู้ป่วย Level 3-4 ลดความแออัด</p> <p>8. มีการใช้ระบบ paperless</p> <p>9. จัดทำ CNPG CPG ระบบ Fast tract ของ STEMI Stroke Sepsis</p> <p>10. สัญญาณฉุกเฉินกรณีกำลังช่วยเหลือ Resuscitation</p> <p>12. แผนอัตรากำลังสำรอง กรณี ER over crowned</p> <p>13. มีระบบติดตามผู้ป่วยกรณีปฏิเสธการรักษา</p>	<p>- แบบสำรวจความพึงพอใจ และผลสำรวจความพึงพอใจจากผู้รับบริการ</p> <p>- (HRMS)</p> <p>- เบอร์ Call Center ในเอกสารประชาสัมพันธ์และในสื่อ electronic</p> <p>ทะเบียนบันทึกรายชื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา</p> <p>- CNPG CPG Fast Tract ของ STEMI Stroke และ Sepsis</p> <p>ผลทบทวน RCA ข้อร้องเรียน</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	14.บันทึกอุบัติการณ์ร้องเรียน 15.ทบทวน RCA หาแนวทางเชิงป้องกัน นำไปปฏิบัติ ติดตาม ประเมินอย่างต่อเนื่อง	
3) ปรับปรุงวิธีการรับฟัง และเรียนรู้ให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและ ผู้รับผลงานอื่น	1.แจ้งข้อร้องเรียนทันทีในหน่วยงาน ใน line ในที่ประชุม หน่วยงาน ร่วมร่วมทบทวน RCA หาแนวทางแก้ไข บันทึกอุบัติการณ์ ติดตาม และประเมินอุบัติการณ์ร้องเรียน ทุกเดือน 2.นิเทศแบบ Quick Round หากมีเหตุการณ์หรือความเสี่ยง ที่อยู่ในระดับอันตราย (E) ต่อผู้ให้บริการ 3. มีการนิเทศหน้างาน SBAR 3P รวมถึงการค้นหา อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเชิงรุกทุกสัปดาห์โดยหัวหน้ากลุ่มการ พยาบาล 4.เพิ่มเบอร์โทรหน่วยงาน และติด QR code แบบสอบถาม ความพึงพอใจ ที่ Nurse station	- ข้อมูลความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ - บันทึกการประชุม หน่วยงาน - ผลทบทวนความเสี่ยง ระดับ E ขึ้นไป - ข้อร้องเรียนได้รับการ แก้ไข
3.2 การจัดการ ความสัมพันธ์กับ ผู้ใช้บริการ 1) มีวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ และผู้รับผลงานอื่น เพื่อ ตอบสนองความต้องการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ศรัทธา และเพื่อให้ได้รับ ความร่วมมือในการ จัดบริการพยาบาล และ/ หรือ การดำเนินการอื่นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง	1.ส่งเสริมการปฏิบัติค่านิยม Customer Focus ใช้หลัก service mind , AIDET การทักทายผู้ป่วยและญาติ 2. จัดบริการให้กับกลุ่ม Fast track กลุ่มผู้ป่วยพิเศษ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก ผป.จิตเวช ผป. ตั้งครรภ์ ผป. OSCC HIV ผป.ติดเตียง 4. จัดช่องทางการสื่อสารแบบ Two-way เช่น Call Center, ตอบคำถามหรือรับข้อเสนอแนะข้อร้องเรียนทาง วาจา Website, Line@, Facebook 5. จัดกิจกรรมเสริมความสัมพันธ์ที่มีเนื้อหาทางวิชาการ เพื่อ เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพและการรับรู้ข้อมูลการดูแลตนเอง เช่น กิจกรรมวัน Stroke Day, เสียงตามสายในโรงพยาบาล เพื่อให้ความรู้ในวงกว้าง 8.โครงการกู่ชีประจําบ้าน ทุกตำบล รพสต /โรงเรียน 9. EMS สัญจร / Ems meeting 10.ออกหน่วยปฐมพยาบาล 11. จนท.ในหน่วยงานผ่านการอบรมกระบวนการ 1 คน/ อบรม Care D plus 100%	- จัดระบบบริการสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ , - เบอร์ Call Center ที่ ปรากฏใน Website - สื่อประชาสัมพันธ์ ผ่าน Website เพื่อเป็น ช่องทางสื่อสารในการ ให้บริการที่มีมาตรฐาน - ภาพกิจกรรม
2) มีช่องทางสำหรับ ผู้ใช้บริการและผู้รับผลงาน อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหา	1. จัดช่องทางการค้นหาข้อมูลข่าวสารจาก Website ของ โรงพยาบาลและสามารถเสนอข้อเสนอแนะหรือร้องเรียนทั้ง เป็นเอกสารทางตู้รับข้อร้องเรียนทั่วโรงพยาบาล หรือส่งทาง	- เอกสารเรื่องร้องเรียน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ข้อมูลสารสนเทศ เสนอ ข้อคิดเห็นและข้อร้องเรียน รวมถึงมีการกำหนดวิธี ปฏิบัติสำหรับช่องทางการ ติดต่อแต่ละรูปแบบ	Facebook , Line Add , Website QR code เบอร์ โทรศัพท์ รพ. ประชาสัมพันธ์ 2. พยาบาลประจำจุด Triage สอบถามเชิงรุก 4. ทำสื่อประชาสัมพันธ์ Website, Line Add ไว้ในสถานที่ ต่างๆ ในโรงพยาบาล 5. ติดเบอร์โทรของแต่ละหน่วยงานที่ Nurse Station เพื่อ อำนวยความสะดวก	- ข้อความที่ส่งมาทาง Facebook , Line Add Fan page , Website -พนักงานประชาสัมพันธ์ ที่ OPD และ ER QR code ประเมินความ คิดเห็น
3)มีวิธีการให้การสนับสนุน ผู้ให้บริการในการค้นหา ข้อมูลสารสนเทศ การเข้า รับบริการ การดูแลตนเอง หลังการจำหน่ายเพื่อสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ	1.จัดเตรียมข้อมูลการรักษาเมื่อผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาต่อ ใกล้บ้านพร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 2. ทำสื่อสุขศึกษาทั้งในรูปแบบแผ่นพับและ QR code และ คลิปสื่อการสอนการปฏิบัติตัว การแจ้งเหตุฉุกเฉิน 3. จัดทำ Line Add เพื่อประชาสัมพันธ์และตอบข้อซักถาม แนะนำทั้งรายกลุ่มและส่วนบุคคล 4.ระบบ Telemedicine	- สื่อประชาสัมพันธ์ Electronic , Line Add - QR CODE เฉพาะโรค -Telemedicine
3.3การจัดการข้อร้องเรียน ของผู้ใช้บริการ 1) มีการจัดการข้อร้องเรียน และข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ โดยสามารถ แก้ไขปัญหาอย่างได้ผลและ ทันท่วงที	1. มี จนท.ไกล่เกลี่ยเบื้องต้น ระดับหน่วยงาน 2. ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์และทีมไกล่เกลี่ยร่วมกับศูนย์คุณภาพ จัดการข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ จากข้อมูลที่มา จากช่องทางต่างๆ หากพบความเสี่ยงระดับ G H I ต้อง รายงานผู้บริหารภายใน 24 ชั่วโมง บันทึกอุบัติการณ์และ นำมาทบทวน RCA เพื่อวางแผนป้องกัน 2. มีทีมและ Flow Chart การรับความช่วยเหลือให้ผู้ได้รับ ผลกระทบจากการรักษาด้วย ม.41	- สรุปข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ - หลักฐาน flow ม.41 - คำสั่งกรรมการ ม.41 และ คำสั่งทีมไกล่เกลี่ย - Flow การจัดการความ เสี่ยง
2)มีวิธีการในการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลข้อ ร้องเรียน และข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้ในการ ปรับปรุงคุณภาพบริการ พยาบาลรวมถึงค้นหาข้อมูล ป้อนกลับจากผู้ให้บริการ อย่างทันท่วงที และสามารถ นำไปใช้ในการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล	1.มีช่องทางให้ร้องเรียน ด้วยตนเองได้ที่ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ / กล่องรับความคิดเห็น/ ทาง Facebook , Line Add, Website, E-mail 2.ข้อมูลสอบถามเชิงรุก เชิงรับ ในหน่วยงาน ไกล่เกลี่ย เบื้องต้น และปฏิบัติตาม flow การร้องเรียน 3.ทีม care D plus เป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ความเสี่ยง และหาแนวทางแก้ไขปัญหาพร้อมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมลงรายงานผ่านระบบ HRMS ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ จากข้อมูลที่มาจากช่องทางต่างๆ หากพบความเสี่ยงระดับ G H I ต้องรายงานผู้บริหารภายใน	- มีกล่องรับข้อร้องเรียน พร้อม QR CODE ผ่าน web page รพ. - มีทีม care D plus ใน กำหนดความถี่ในการ เก็บข้อมูลที่ชัดเจน -มีการกำหนดเวลารอรับ บริการทุกจุดบริการ -สมุดบันทึกข้อร้องเรียน อุบัติการณ์ -ผลการทบทวน CA

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	24 ชั่วโมง บันทึกอุบัติการณ์และนำมาทบทวน RCA เพื่อวางแนวทางป้องกันทุกเดือน	
3)มีการทบทวนและปรับปรุงวิธีการจัดการข้อร้องเรียนให้มีประสิทธิผลมากขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกเดือน หรือไตรมาส หรือข้อมูลที่ควรแก้ไขตามความเร่งด่วนหรือรุนแรง ตามระบบบริหารความเสี่ยง ระดับไม่ร้ายแรง (Non-Sentinal event) หน่วยงานแก้ไขใน ระดับต้น ภายใน 1 สัปดาห์ และรายงานการแก้ไขแก่ศูนย์รับ ข้อร้องเรียน ส่วนปัญหาที่ หน่วยงานไม่สามารถแก้ไขได้จำเป็นต้องส่งต่อเข้าทีม คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง -ระดับร้ายแรง (Sentinel event) แจ้งปัญหาให้หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบทันที ทบทวน RCA ทันทีหรือภายใน 24 ชม. ส่งผลทบทวนให้ศูนย์คุณภาพ ในระยะเวลาภายใน 3 วัน ปรับแบบสอบถามความพึงพอใจและเพิ่มความไม่พึงพอใจตามแบบของกองการพยาบาล ติด QR code สอบถามความพึงพอใจ ที่หน่วยงานและรับฟังข้อเสนอแนะ หน้า nurse station ในตึกผู้ป่วย เพื่อเพิ่มช่องทางในการรับข้อมูล พยาบาล Triage สอบถามเชิงรุก รับฟังข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ จัดการใกล้เคียงเบื้องต้นในหน่วยงาน บันทึกอุบัติการณ์ทุกครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานข้อมูลเรื่องร้องเรียน พร้อมผลวิเคราะห์ -มี QR code สอบถามความพึงพอใจเพิ่มความไม่พึงพอใจในระบบบริการ
3.4การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 1)มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการและและผู้รับผลงานอื่นโดยใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และใช้ผลการประเมินนี้ไปปรับปรุงการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> สอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการปีละ 2 ครั้ง จาก QR code ทั้งภายใน รพ.และชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการให้คะแนนความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจหลังรับบริการ ในทุกจุดบริการ การรับฟังเสียงตอบรับของผู้รับบริการหลังจากที่ได้รับบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ นำผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการพยาบาลปรับปรุงระบบบริการภายในหน่วยงาน โดยการจัดทำแผนพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถามความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจ - ผลสรุปคะแนนความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ -แนวทางการแก้ไขแผนพัฒนา

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
2)มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการ จาก ผู้ใช้บริการเพื่อให้ได้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1.การรับฟังเสียงตอบรับของผู้รับบริการหลังจากที่ได้รับบริการ เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ 2.มีกล่องรับความคิดเห็นกระจายตามจุดต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนความพึงพอใจแต่ละจุดบริการ และเก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.นำผลเสียงตอบรับต่อการให้บริการพยาบาล ปรับปรุงระบบบริการภายในหน่วยงาน โดยการจัดทำแผนพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> -รายงานข้อมูลจากกล่องรับความคิดเห็น -การเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยรับยา
3)มีการพัฒนา/ปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันสมัยและเหมาะสมกับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม	<ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมปัญหาที่ส่งมาทางสื่อออนไลน์ เช่น Facebook , Line Add มีการตอบกลับแบบ realtime 2.จัดทำ Application กลุ่มโรคใช้ QR Code, ใช้ Google Form เป็นแบบสอบถามภาคีเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> -Google Form ของแบบสอบถาม
3.5การสร้างความผูกพันกับผู้ใช้บริการ 1)นำความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการมาออกแบบระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีพยาบาล Triage ทักทาย แนะนำ ชักถามข้อมูล ชักประวัติ ให้ข้อมูลเรื่องโรค แจ้งระยะเวลา แจ้งแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติ 2.คัดแยกผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ Easy YCPH ED Triage 2.มีพื้นที่รอรับบริการหน้าหน่วยงาน 3. มีจอ monitor แจ้งสถานะผู้ป่วยหน้าห้อง 4. ประเมินอาการ ให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน ให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ทุก 15 นาที 5.ให้บริการดูญาติมิตร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 6.การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 7.มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและญาติ เช่น นวัตกรรมต่างๆ ที่เอื้อ ต่อบริการพยาบาล เช่น เครื่องช่วย Auto CPR , เครื่องให้ ออกซิเจนแรงดันสูง High Flow 8.การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> เครื่องมือ Easy YCPH ED Triage WI AIDET ข้อร้องเรียน คำชมเชย
2) มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการและทำให้	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีพยาบาล Triage ทักทาย แนะนำ ชักถามข้อมูล ชักประวัติ ให้ข้อมูลเรื่องโรค แจ้งระยะเวลา แจ้งแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติ 2.คัดแยกผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือ Easy YCPH ED Triage 2.มีพื้นที่รอรับบริการหน้าหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบ Paper Less OPD จาก HosXp, เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ, เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอัตโนมัติ,

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
เหนือกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการ	3. มีจอ monitor แจ้งสถานะผู้ป่วยหน้าห้อง 4. ประเมินอาการ ให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน ให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ทุก 15 นาที 5. ให้บริการดุจญาติมิตร ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 6. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 7. มีการปรับปรุง/พัฒนาระบบ/กระบวนการบริการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและญาติ เช่น นวัตกรรมต่างๆ ที่เอื้อ ต่อบริการพยาบาล เช่น เครื่องช่วย Auto CPR , เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง High Flow 8. การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ 9. มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนและหลังการตรวจรักษา และก่อนการเซ็นยินยอมรับการรักษา	- HosXp, - ใบมอบหมายงานประจำวัน - ห้องสำหรับผู้ป่วยวาระสุดท้าย และอัลกุรอาน
3) มีวิธีในการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างความผูกพันของผู้ใช้บริการ หรือทำให้ผู้ให้บริการกล่าวถึงในทางที่ดี	1. จัดทำ Website ,Line Add, Facebook, เพิ่มข้อมูลข่าวประชาสัมพันธ์ กิจกรรมต่างๆ, การศึกษาดูงานจากหน่วยงานภายนอก 2. one page กิจกรรม	ประชาสัมพันธ์ใน Website, Line Add Facebook One page กิจกรรม
3.6 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 1) สร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมถึงมีระบบและการดำเนินงานพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามมาตรฐาน	1. นโยบายการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสื่อสารลงใน Intranet รพ. 2. ติดป้ายประกาศที่หน่วยงาน ให้เห็นชัดเจน แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในทุกหน่วยงาน 3. กำหนดให้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นหัวข้อในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกครั้ง 4. กำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลจำกัดเฉพาะผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 5. ระบบนิเทศติดตาม การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	- เอกสารนโยบาย SP WI - แผ่นป้ายประกาศสิทธิผู้ป่วยตามหน่วยงาน - อุบัติการณ์การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
2) มีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทุกรายตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด	1. หัวหน้างานสังเกตและประเมินพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ 2. หัวหน้าหอผู้ป่วย เดิน round เพื่อพูดคุย สอบถามผู้ป่วยและญาติ 3. มีกล้องวงจรปิดตามบริเวณต่างๆทั่วโรงพยาบาล	- เอกสารในระบบ Hos XP และใน HOS MERGE (เวชระเบียนผู้ป่วยใน paper less) - ข้อมูลโปรแกรมความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>3) มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิผู้ป่วย พร้อมทั้งนำผลไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานและดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>นำเรื่องร้องเรียนจากช่องทางต่างๆ มาทบทวนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้โปรแกรมความเสี่ยง , การเพิ่มหัวข้อในตารางปฐมนิเทศ , การประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารคุณภาพโรงพยาบาล</p>	<p>- เอกสารเรื่องร้องเรียนผ่านระบบ HRMSและสรุปข้อเสนอแนะ</p>
<p>3.7 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ</p> <p>1) มีนโยบายที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อ และวัฒนธรรมด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ อาทิ คนพิการ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด และผู้สูงอายุ)</p>	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายที่ชัดเจนแจ้งและสื่อสารลงในระบบ intranet ของโรงพยาบาล ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเซ็นชื่อรับทราบ (consent form) , จัดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องน้ำผู้พิการ, ทางลาดจุดที่มีพื้นต่างระดับ แก้อั้วพระภิกษุสงฆ์อาพาธ ผู้นำศาสนา และผู้สูงอายุ มีห้องพิเศษสำหรับพระภิกษุสงฆ์ผู้นำศาสนา คลินิกผู้ติดเชื้อ HIV, คลินิกวัณโรค,OSCC จัดความเป็นส่วนตัว มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะคนเดิมทุกครั้ง ติดป้ายคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ,จัดเป็นหัวข้อปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ 	<p>- เอกสาร SP WI - เอกสารเซ็นยินยอมผู้ตรวจเชื้อ HIV - คลินิกผู้ติดเชื้อ HIV อยู่ที่ ห้องตรวจ 5 แผนกผู้ป่วยนอก</p>
<p>2) มีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะตามนโยบายที่องค์กรพยาบาลกำหนด และมีการปฏิบัติตามแนวทางด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์</p>	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดแนวทางปฏิบัติ ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติเช่นการรักษาความลับผู้ป่วยคดี ผู้ป่วย HIV,OSCC ,การตอบสนองความต้องการทางจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้าย,ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือต้องผูกยึด,กิจกรรมของผู้ป่วยต่างศาสนา,การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้พิการ ปฏิบัติตามนโยบายพิทักษ์สิทธิที่ได้กำหนดไว้ นิเทศจากหัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 	<p>- รายงานหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล -WI คลินิก HIV,OSCC,TB - SP นโยบายการผูกยึด</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
3) มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1. หัวหน้างานมีหน้าที่กำกับดูแลให้ปฏิบัติตามนโยบายอย่างเคร่งครัด 2. หัวหน้างานมีการสุ่มตรวจใบเซ็นยินยอมที่สำคัญในเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 1 ราย 3. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตรวจสอบความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วยในเวร ขณะตรวจเยี่ยมหน่วยงาน	- ข้อมูลคำร้องเรียนแต่ ละหน่วยงาน - รายงานหัวหน้ากลุ่ม การพยาบาล - ใบ Audit เวชระเบียน

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
4.1 การวัดผลการดำเนินงาน 1) เลือก รวบรวม และเชื่อมโยง ข้อมูลสารสนเทศและตัวชี้วัดที่ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงเลือกและใช้ข้อมูล สารสนเทศจากเสียงของ ผู้ใช้บริการ (voice of customer) เพื่อใช้ติดตามผลการ ปฏิบัติงานประจำวัน ผลการ ดำเนินงานขององค์กรพยาบาล และติดตามความก้าวหน้าตาม วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และ แผนปฏิบัติการ รวมถึงสนับสนุน การสร้างนวัตกรรม	1. งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเลือกตัวชี้วัดจาก ยุทธศาสตร์ของร.พ. /ทีมนำดูแลผู้ป่วย/ กลุ่มงานการ พยาบาล core competency , service plan ,2 P safety,ตัวชี้วัดกระทรวง เขต จังหวัด 2.ติดตามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประจำวันจาก ประชาสัมพันธ์เชิงรุก เชิงรับ ตู้แสดงความคิดเห็น และ แบบสอบถามความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของ ผู้รับบริการปีละ2ครั้ง ผ่านระบบ QR code ระบบ web site รพ. 3.คณะกรรมการสารสนเทศกลุ่มงานการพยาบาล รวบรวมข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล ตัวชี้วัดใน โปรแกรม excel ใน Google drive วิเคราะห์ข้อมูล ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก 1 เดือน 4.วิเคราะห์ข้อมูล นำมาพัฒนาคุณภาพเป็นนวัตกรรม CQI R2R ที่ งานวิจัย	- KPI KMIT - แบบบันทึกกิจกรรม การพยาบาล - CQI, นวัตกรรม, R2R ทางการพยาบาล ใน Intranet -รายงานการประชุม ประจำเดือน -ผลการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์
2) เลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิง เปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้ มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุน การตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ในระดับกลยุทธ์ และระดับ ปฏิบัติการ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปรับปรุงระบบการวัดผล การดำเนินงานให้ทันกับความต้องการของ ผู้บริการ ผู้ มีส่วนได้ส่วนเสีย และทิศทางของระบบบริการสุขภาพ โดยมอบ ITWN ประจำหน่วยงาน ร่วมกับทีม QA และ ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในการพัฒนางาน เช่น ตัวชี้วัด Productivity ที่เป็นไปตาม เกณฑ์ โดยการบริหาร อัตรากำลังให้สมดุลกับภาระงานโดย แบบฟอร์ม วิเคราะห์อัตรากำลัง ช่วยคำนวณผลผลิตทางการ พยาบาลทุกแคว เพื่อให้หัวหน้างานใช้ในการบริหาร อัตรากำลังให้ เหมาะสมต่อไป การบันทึกอุบัติการณ์ลง โปรแกรมความเสี่ยง นำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์	- KPI Data center - ตัวเทียบตัวชี้วัด -CQI

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	และจัดลำดับความสำคัญ เช่น อัตราการเข้าถึงบริการ Fast Track ผป. STROKE STEMI < 60% นำมาวิเคราะห์ พัฒนา ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคในชุมชน STROKE STEMI ALERT การเข้าถึงบริการภายในระยะเวลาที่กำหนด	
3) ปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้รับผลงานอื่นและทิศทางของระบบบริการสุขภาพ	งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช รวบรวมตัวชี้วัด และวิเคราะห์นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาลทุก 3 เดือน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปรับปรุง	- รวบรวมตัวชี้วัดของกลุ่มงานการพยาบาล โดยใช้ Google Form - บันทึกการประชุมของกลุ่มงานการพยาบาล
4.2 การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลการดำเนินงาน 1) มีการทบทวนผลการดำเนินงานและขีดความสามารถขององค์กรพยาบาล และใช้ผลการทบทวนนี้เพื่อประเมินความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ รวมถึงความสำเร็จในการสร้างนวัตกรรม	ทำ CQI one page, R2R ในตัวชี้วัดหรือกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายมีการกำหนดระยะเวลาดำเนินงาน และมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรับผิดชอบ รวมทั้งการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในกิจกรรมทบทวน	- บันทึกการประชุมของกลุ่มงานการพยาบาล - CQI one page - ผลงาน R2R
2) นำผลการทบทวนการดำเนินการไปจัดลำดับความสำคัญในเรื่องที่ต้องปรับปรุง หาโอกาสในการสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติภายในองค์กรพยาบาล	1.นำข้อมูลจากผลการดำเนินงานขององค์กร , อุบัติการณ์ความเสี่ยง , High Risk , High volume มาจัดลำดับความสำคัญและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขและปรับปรุงกระบวนการให้เกิดผลงานนวัตกรรม CQI R2R 2.แนวทางปฏิบัติที่ได้จากการประชุม จะแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบทาง ระบบเว็บไซต์ของโรงพยาบาล HOS Office, ในระบบ intranet, และ group line	-ผลทบทวนความเสี่ยง -แนวทางการปฏิบัติ WI CNPG -นวัตกรรม 'CQI , R2R
3) นำผลการทบทวนการดำเนินการไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ	1.ทุกหน่วยงานจัดทำ WI ให้เป็นแนวทางเดียวกัน ครอบคลุมกลุ่มโรค High Risk , High volume 2. จัดทำ Template ตัวชี้วัดแต่ละตัว เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน ,การจัดระบบบริการเฉพาะโรค	- WI CNPG ของหน่วยงาน - Template ตัวชี้วัด อยู่ในเอกสาร อิเล็กทรอนิกส์

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>4.3 การจัดการแหล่งสารสนเทศทางการพยาบาล</p> <p>1) มีระบบการจัดการให้ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากรพยาบาล มีความพร้อมใช้งาน และทำให้บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าว</p>	<p>1. ระบบการลา ,ระบบงานสารบรรณ ระบบข้อมูลบุคลากร ใช้โปรแกรม Hos Office</p> <p>2. การเข้าใช้งาน Hos Office ใช้รหัสของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงและลงโปรแกรม</p> <p>3. การรวบรวมกิจกรรม ตัวชี้วัด ในโปรแกรม excel ผ่านทาง Google drive</p> <p>4. ใช้ระบบ intranet ของรพ.เก็บข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล บุคลากรพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ทุกคน</p> <p>5.ระบบ line NSO แจ้งเตือนใบประกอบวิชาชีพหมดอายุ</p> <p>6.productivity กองการพยาบาล</p> <p>7.ระบบ KMS การจัดการความรู้</p>	<p>โปรแกรม excel ใน Hos Office Google drive</p> <p>ระบบ intranet line</p> <p>ระบบ line NSO แจ้งเตือน</p> <p>ระบบ KMS</p> <p>Productivity กองการพยาบาล</p>
<p>2) สร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศรวมทั้ง ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ มีความน่าเชื่อถือ</p>	<p>1. ระบบ SD แจ้งปัญหา IT</p> <p>2.เจ้าหน้าที่งาน IT ของ โรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลตลอด 24 ชม.และบำรุงรักษาตามกรอบเวลา ส่วนซอฟต์แวร์สารสนเทศที่พัฒนาขึ้น ติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสในเครื่องคอมพิวเตอร์</p> <p>3. ตัวชี้วัดทุกตัวทำ template เก็บข้อมูลที่เหมือนกัน</p> <p>4.ข้อมูลสารสนเทศมีการทวนสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>5. ตัวชี้วัดใหม่ ก่อนทำการเก็บข้อมูลต้องตรวจสอบความถูกต้อง โดยการ Validation</p> <p>6. แนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล กรณีไฟดับ เครือข่ายล่ม การซ่อมแผน</p>	<p>-ตารางเวรปฏิบัติงานด้าน IT</p> <p>-Template ตัวชี้วัด</p> <p>- นโยบาย การควบคุมเอกสารในระบบ</p> <p>คุณภาพ</p> <p>-นโยบายเรื่อง Validation</p> <p>-ระบบ SD</p> <p>-ระบบฐานข้อมูลใน Hos-xp</p> <p>-แนวทางปฏิบัติเมื่อไฟฟ้าขัดข้อง</p> <p>-ฐานข้อมูล ระบบ Hos-xp, HDC</p> <p>-แนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล</p> <p>-HAIT</p>
<p>3) มีการรักษากลไกที่ทำให้ข้อมูลและสารสนเทศรวมทั้งระบบ ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งาน และทันกับความต้องการของบุคลากร</p>	<p>1. มีเจ้าหน้าที่ IT ดูแลระบบและห้อง server ให้ปลอดภัย มีการสำรองข้อมูลในระบบ server 2 แบบ คือ real-time และเดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>2. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลตัวชี้วัดขององค์กรพยาบาล และตัวชี้วัดหน่วยงาน ถูกเก็บในเวปไซด์ ระบบ intranet โรงพยาบาล และ google drive</p>	<p>- ระบบ Service desk ศูนย์แก้ไขปัญหา และมีตารางเวรผู้ดูแลระบบ IT โรงพยาบาล</p> <p>- ข้อมูลกิจกรรมพยาบาล ตัวชี้วัด และ</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>3. มีระบบการตอบสนองต่อภาวะติดขัดของการใช้ข้อมูลด้าน Hardware / Software โดยเชื่อมโยงกับศูนย์คอมพิวเตอร์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยแจ้งผ่านระบบไลน์ Service desk และตอบสนองภายใน 15 นาที และมีเกณฑ์ขอบเขตเวลาของการแก้ไขในแต่ละงาน เมื่อระบบเครือข่ายขัดข้อง จะได้รับการแก้ไขภายใน 15 นาที ให้ใช้งานได้ทันที หากแก้ไขไม่ได้ภายใน 15 นาที จะทำการเปิดแผนระบบล่ม และแจ้งผลเมื่อใช้งานได้ตามปกติ</p> <p>4. แนวทางปฏิบัติการสำรองข้อมูล กรณีไฟดับ เครือข่ายล่ม การซ่อมแผนเสมือนจริง</p>	<p>แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล -HAIT</p>
<p>4.4 ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล</p> <p>1) มีวิธีการสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเหตุการณ์</p>	<p>1. มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบ manual ระบบ HOSxP HOS Merge</p> <p>2.มีระบบScan แบบบันทึกทางการพยาบาล ใบ EKG official report</p> <p>2. หัวหน้าตึกทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจำหน่ายทุกวัน</p> <p>3.จนท.อบรมการบันทึกเวชระเบียน 100%</p> <p>4.มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน โดยคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียนระดับจังหวัด ซึ่งผลการตรวจสอบในปี 2567 ได้หลังจากได้รับการอบรมพบว่าความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลได้ 91%</p> <p>5.ทบทวนปรับแบบฟอร์ม ปีละ1ครั้ง</p>	<p>- ผลการทบทวนเวชระเบียน -ใบ Audit chart - productivity ของหน่วยงาน -ฐานข้อมูล ระบบ Hos-xp, HDC ,HosMerge - ตัวชี้วัดและผลการวิเคราะห์ - แนวทางปฏิบัติLogin</p>
<p>2) มีกลไกการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ และพัฒนา</p>	<p>1. นำข้อมูลจากการบันทึก productivity มาใช้ในการวางแผนจัดอัตรากำลัง</p> <p>2. นำตัวชี้วัด ข้อมูลที่บันทึกในระบบ HOSxP HOs Merge มาใช้ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น คัดกรองผิดพลาด ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยที่ refer , ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน , ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น</p> <p>3. ใช้โปรแกรมบริหารจัดการความเสี่ยง และสามารถนำความเสี่ยงของหน่วยงานมาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้</p>	<p>- แผนอัตรากำลังกลุ่มการพยาบาล - ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วย -โปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงาน และของกลุ่มงานการพยาบาล</p>
<p>3) มีวิธีการรักษาความปลอดภัยและลำดับชั้นความลับของข้อมูลและสารสนเทศทางการพยาบาลคุณภาพการพยาบาล</p>	<p>1.ทีม IT วางระบบการป้องกันการเข้าถึงระบบข้อมูลมีการใช้รหัสเป็นรายบุคคล มีเจ้าหน้าที่ดูแล เปลี่ยนรหัส Auto ทุก 3 เดือน ปฏิบัติตามนโยบาย HAIT มีการกำหนดการเข้าถึงระบบโดยผู้ได้รับอนุญาตและรักษาข้อมูลได้</p>	<p>-นโยบายความปลอดภัยสำหรับทรัพยากรข้อมูล - รายงานผลการดำเนินงาน และ</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	2. มีระบบป้องกันไม่ให้บุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เชื่อมโยงเน็ตเวิร์ค (LAN) ของโรงพยาบาล 3. Sever มีระบบการ Scan Virus อัตโนมัติ Update ทุกวัน	รายงานอุบัติการณ์การละเมิดการเข้าถึงข้อมูล -นโยบาย HAIT
4.5 ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน 1) การเตรียมความพร้อมของระบบงาน สถานที่ทำงาน วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือรวมถึงระบบสารสนเทศ เพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน (ความพร้อมของระบบงาน เช่น ระบบไฟฟ้าสำรอง ระบบการส่งสาร)	1.การเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ดำเนินการตามนโยบาย เรื่อง แผนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีการประกาศ CODE 001-007 ตามสถานการณ์ฉุกเฉิน 2.มีแผนดำเนินการเมื่อระบบ คอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ (Business Continuity Plan : BCP) ของหน่วยงาน	- เรื่อง แผนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน -แนวปฏิบัติเครือข่ายลุ่ม -แนวปฏิบัติไฟฟ้าดับ
2) ระบบการป้องกันภัยพิบัติที่สามารถป้องกันได้ โดยดำเนินการตรวจสอบ ฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (ภัยพิบัติที่สามารถป้องกันได้ เช่น อัคคีภัยจากระบบไฟฟ้าภายในอาคาร)	1.การป้องกันอัคคีภัย ดำเนินการตาม แผนการจัดการด้านความปลอดภัยด้านอัคคีภัย 2. มีการตรวจสอบระบบไฟฉุกเฉินในหน่วยงานทุกเดือน 3. มีการตรวจสอบระบบสำรองไฟทุกวัน 4. มีการตรวจสอบถังดับเพลิงทุกเดือน 5. มีแผนอัคคีภัยระดับโรงพยาบาลและแผนปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุเพลิงไหม้ทุกหน่วยงาน มอบหมายหน้าที่ทุกวัน 6. มีการซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง	นโยบาย เรื่อง แผนการจัดการด้านความปลอดภัยด้านอัคคีภัย - WI-YH-ENV-006 – WI-YH-ENV-030 -ผลการซ้อมอัคคีภัย
3) การเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการที่คล่องตัว และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน	1. เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ดำเนินการตามนโยบายของโรงพยาบาล และมีพยาบาลเป็นตัวแทนร่วมในทีม 2. มีการประสานบริการกับศูนย์ITของโรงพยาบาล และร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลระบบ และมีเจ้าหน้าที่IT ปฏิบัติงานตลอด มีระบบ on call บริการตลอด 24 ชั่วโมงสามารถให้บริการได้ทันที 3. 2.มีแผนดำเนินการเมื่อเกิดภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน (Business Continuity Plan : BCP) ของหน่วยงาน	-นโยบาย เรื่อง แผนการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน -ผลการซ้อมประกาศ Code 001 - 007 แผน BCP ภัยพิบัติภาวะฉุกเฉิน
4.6 การจัดการความรู้ 1) มีวิธีการ/กระบวนการจัดการความรู้ขององค์กรพยาบาลที่ครอบคลุมถึงการระบุนโยบายที่จำเป็น การสร้าง/แสวงหาความรู้ด้านการพยาบาลและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การจัดเก็บความรู้ การโอน/แลกเปลี่ยนความรู้และการใช้ประโยชน์จากความรู้	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมอบรม ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน การศึกษาต่อเนื่อง/ศึกษา หลักสูตรเฉพาะทาง และมีถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติ ภายในหน่วยงาน/กลุ่มงานการพยาบาล รวมทั้งความรู้อื่นๆเพื่อการ พัฒนาระบบ สร้างองค์ความรู้ใหม่จากนวัตกรรม CQI KM จัดเก็บ ใน Website กลุ่มงานการพยาบาล การ Conference และนำมา ปรับปรุงระบบบริการ	- คลังความรู้ website โรงพยาบาล - ไลน์ SAVE you&me - เอกสาร R2R - CQI -one page การเข้ารับการอบรม

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>พยาบาลที่เกี่ยวข้อง นำความรู้ที่ได้มา ปรับปรุง/จัดทำ วิชาชีพปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มการพยาบาลจัดตั้งคณะกรรมการวิชาการ เพื่อขับเคลื่อนงานวิชาการ - มีการอบรมถ่ายทอดความรู้กันเองภายในตามบริบทขององค์กร เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด , การช่วยชีวิตเด็กทารกแรกเกิด, การใช้ยาสำหรับพยาบาล, การช่วยฟื้นคืนชีพ, อบรมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นต้น โดยใช้วิทยากรภายใน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลที่มีประสบการณ์ - การอบรมและสาธิตพฤติกรรมบริการที่ดีแก่ผู้ให้บริการด้านหน้าโดย Role Model - การทบทวนและแลกเปลี่ยนการแสดงผลพฤติกรรมบริการที่เหมาะสมเมื่อเผชิญปัญหาเฉพาะ หน้าที่หน้างานโดยหัวหน้างานและผู้มีประสบการณ์ในองค์กร - จัดอบรมด้านพฤติกรรมบริการที่ดีโดยวิทยากรภายนอก ให้กับบุคลากรทั้ง องค์กร - มีแนวทางปฏิบัติที่ผ่านการลงนามอนุมัติของผู้บริหารสื่อสารไว้ใน Intranet - สร้างความรู้ด้านการพยาบาล จากการสร้างนวัตกรรม, CQI one page ,งานวิจัย R2R โดยเชิญอาจารย์จากภายนอกเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย R2R CQI และนวัตกรรม - การหาความรู้จากผู้เชี่ยวชาญกว่า โดยการส่งอบรมและ เก็บความรู้ใน Intranet บุคลากรเข้าถึงได้ทุกคน 	
<p>2) มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์</p>	<p>1. หน่วยงานนำเสนอผลงาน นวัตกรรม R2R วิจัย</p> <p>2. ประกวดผลงานนวัตกรรม R2R ในระดับโรงพยาบาล และคัดเลือกส่งเข้าประกวดระดับจังหวัด/ เขต/ประเทศ</p> <p>3.ผลงานผลงาน R2R ,นวัตกรรม, CQI มีการรวบรวมไว้ใน เว็บไซต์โรงพยาบาล สามารถเข้าไปอ่านได้โดยผ่านช่องทางเว็บไซต์โรงพยาบาล หรือผ่านเข้าไลน์ Save you&me เพื่อเข้าถึงการจัดการความรู้และสารสนเทศ</p>	<p>-เว็บไซต์โรงพยาบาล</p> <p>-intranet</p> <p>-ผลงาน R2R , นวัตกรรม วิจัย</p> <p>-SPA</p>
<p>3) มีการประเมินผลระบบ/ กระบวนการจัดการความรู้ขององค์กรพยาบาลและปรับปรุงให้</p>	<p>หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ไขปัญหาที่หน้างานหลังการปฏิบัติจริง เช่น ทบทวนการช่วยฟื้นคืน 	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารการทบทวน - แผนนิเทศเจ้าหน้าที่ - ผลการนิเทศเจ้าหน้าที่

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
สอดคล้องกับสมรรถนะขององค์กร	ซีพ, การใช้ยา HAD , ทบทวนการดูแลเมื่อเกิดสถานการณ์สาธารณสุข เป็นต้น - นิเทศหน้างาน การสังเกต การสัมภาษณ์ การทำแบบทดสอบ ของเจ้าหน้าที่นำผลการนิเทศมาพัฒนาให้สอดคล้องกับสมรรถนะของหน่วยงาน - จัดให้มีการนำเสนอวิชาการ โดยให้ผู้ปฏิบัตินำเสนอความรู้ทางวิชาการ เช่น การคัดแยกผู้ป่วย การบริหารยาเสี่ยงสูง การแปรผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรค FAST Track STROKE STEMI MTI	- WI

หมวด 5 บุคลากร

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>5.1 ชีตความสามารถและอัตรากำลังของบุคลากร</p> <p>1) มีการประเมินขีดความสามารถของบุคลากร (การประเมินทักษะสมรรถนะบุคคล) และระดับกำลังคนที่ต้องการมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งและมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย</p>	<p>1. หัวหน้างานอุบัติเหตุ อุกฉุณและนิติวะช ประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็น ตรวจติดตตามการปฏิบัติงนให้อยู่กยใต้ ขอบเขตที่กำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อบังคับวิชาซีพ เพื่อความมั่นใจก่อนการมอบหมายงน เช่น ประเมิน Core Competency ปีละ 2 ครั้ง Professional Competency, Specific Functional Competency ประเมินปีละ 2 ครั้ง นำส่วนขาดมาพัฒนาให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้น ทั้งระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการ วางแผนอัตรากำลังทั้งระยะสั้น 1 ปีและระยะยาว 3- 5 ปี จัดสรรอัตรากำลังตมภาระงนจริง ตม Productivity มีแผนอัตรากำลังสำรอง กรณีที่มีเหตุอุกฉุณ เพื่อให้ตอบสนองต่อภาระงนและความต้องการของ ผู้รับบริการได้</p> <p>2. หัวหน้างานกำหนดหน้าที่ของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง ทั้ง Job description, Job specification และ Job Assignment ส่วนบุคลากรใหม่มีการปฐมนิเทศและ On the Job Training และมีระบบพี่เลี้ยง และฝึกประสบการณ์โดยจัดให้ปฏิบัติงานหมุนเวียนในหน่วยงานทุกงน เป็นเวลา 1 เดือน โดยมีการนิเทศติดตตามและประเมินผล ส่วนในด้าน Specific Competency ในส่วนบุคลากรมีประสบการณ์จาก รพ.อื่นเป็นเวลา 2 อาทิตย์</p>	<p>- แผนอัตรากำลัง 5 ปี</p> <p>- เอกสาร JD,JS,JA</p> <p>- เอกสารการประเมิน</p> <p>- ผลการประเมินสมรรถนะของหน่วยงาน</p>
<p>2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหาว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่งและอัตรารักษาบุคลากรใหม่ มีการ</p>	<p>หัวหน้างานอุบัติเหตุอุกฉุณและนิติวะช วางแผนอัตรากำลัง เสนอหัวหน้ากลุ่มงนการพยาบาลเข้ากรรมการ HRD วิเคราะห์ภาระงนและขออนุมัติในที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีกระบวนการสรรหา</p>	<p>- แผนอัตรากำลัง</p> <p>- แฟ้มบุคลากร</p> <p>- แผนพัฒนาบุคลากร</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>รวบรวมตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพการศึกษา การฝึกอบรมและประสบการณ์</p>	<p>ว่าจ้างบรรจูลงตำแหน่งบุคลากรอย่างเป็นระบบ ตามระเบียบราชการ ร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาล งานบริหารบุคลากรโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยทำการคัดเลือก ตามเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ร่วมกับการสอบสัมภาษณ์สอบ ปฏิบัติ และฝึกทักษะประสบการณ์ จัดสรรงานตามสมรรถนะ ความถนัดและความต้องการ มีระบบพี่เลี้ยงเพื่อสอนงาน กำหนดแผนการฝึกทักษะ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน ทุก 3 เดือน มีการจ้างบุคลากรใหม่ โดยมีการปฐมุนิเทศก่อนปฏิบัติงาน ในเรื่องธรรมเนียมขององค์กร ระบบการทำงานต่าง ๆ รวมทั้งการ สร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ข้อมูลในการวางแผนความก้าวหน้าในอาชีพที่ ชัดเจน หัวหน้างานตรวจสอบหลักฐานใบประกอบวิชาชีพทุก 1 ปี เก็บเข้าแฟ้ม port folio ของหน่วยงาน 1 ชุด และแนบหลักฐานในการทำแบบ พตส. แก่ HR 1 ชุด มีการแจ้งเตือนก่อนหมดอายุ อย่างน้อย 1 ปี ดำเนินการก่อนใบอนุญาตหมดอายุ 6 เดือน</p>	
<p>3) มีการเตรียมบุคลากรพยาบาลให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร และทำให้บุคลากรมั่นใจในการดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และลดผลกระทบจากการขาดแคลนอัตรากำลัง</p>	<p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจัดสรรอัตรากำลังอย่างเป็นระบบให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน โดยพิจารณาจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณงาน(workload) จากจำนวนผู้ใช้บริการตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย Productivity 2. อัตรากำลังไม่เพียงพอ จัดอัตรากำลังทดแทนจากหน่วยงานที่มีลักษณะงานคล้ายกัน แผนเรียกอัตรากำลังสำรอง 3. วิเคราะห์และทำแผนฝึกอบรมเฉพาะทางทั้งระยะสั้นและระยะยาวของบุคลากร เพื่อพัฒนาสมรรถนะตามความเชี่ยวชาญของหน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมให้บุคลากรมีความสามารถหลายด้าน(Multifunctional Skill) สามารถหมุนเวียนและทดแทน เช่นระบบ Training บุคลากรใหม่แบบหมุนเวียนในแต่ละงาน ทำให้มั่นใจว่าองค์กรสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง 	<p>-Productivity ของแต่ละหน่วยงาน</p> <p>- แนวทางการจัดอัตรากำลังสำรอง</p> <p>- แผนพัฒนาบุคลากร</p> <p>-ธรรมเนียมขององค์กรพยาบาล</p>
<p>5.2 วัฒนธรรมองค์กรและการขับเคลื่อนความผูกพัน 1) กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจ</p>	<p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กำหนดปัจจัยที่ใช้กำหนดความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากร ตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามประเมินความผูกพันและความพึงพอใจในรูปแบบ Google Form</p>	<p>-รายงานผลการประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาล โดยแบ่งตาม</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ	<p>วิเคราะห์ ปี 64-67 เพิ่มเติม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) งานในความรับผิดชอบ 2) สภาพแวดล้อมในการทำงาน 3) ภาวะผู้นำ 4) วัฒนธรรมในองค์กร 5) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 6) โอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร 7) ดุลยภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว <p>2. สํารวจแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรปีละ 1 ครั้งโดย ใช้แบบสอบถามของโรงพยาบาลที่อ้างอิงมาจากของกระทรวงสาธารณสุข คะแนนความพึงพอใจและความผูกพันที่ต่ำได้แก่</p> <p>2.1 กลุ่มข้าราชการ/ลูกจ้างสายวิชาชีพ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านการได้รับรายได้/ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย 2) ดุลยภาพระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว <p>2.1) ความเครียด</p> <p>2.2 กลุ่มลูกจ้างชั่วคราว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรในกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ค่าตอบแทนและสวัสดิการ <ol style="list-style-type: none"> 1.1) การประเมินเพื่อการขึ้นเงินเดือน/ค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม 1.2) การได้รับรายได้/ค่าตอบแทนเหมาะสมกับปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย 1.3) การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ปฏิบัติงานเหมาะสมกับความต้องการ 2) โอกาสและความก้าวหน้าทางอาชีพในองค์กร <p>3. ผลการวิเคราะห์ แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน หน่วยงานในปี 2567 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ และความผูกพัน ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับมาก ดังนี้</p> <p>ความพึงพอใจ ปี 2564 ได้ 83.65% ปี 2565 ได้ 84.30% ปี 2566 ได้ 85.30% ปี 2567 ได้ 85.50%</p> <p>ความผูกพัน ปี 2564 ได้ 89.2% ปี 2565 ได้ 92.96% . ปี 2566 ได้ 94.40% ปี 2567 ได้ 90.45%</p>	GEN

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>Gen X ,Gen Z:มากที่สุด เรื่อง ความพึงพอใจต่อกระบวนการพิจารณาความดีความชอบ</p> <p>น้อยที่สุด ความพึงพอใจต่อการจัดสรรอัตรากำลังในการทำงานของหน่วยงาน</p> <p>Gen Y : มากที่สุด เรื่องความพึงพอใจต่อกระบวนการพิจารณาความดีความชอบ</p> <p>น้อยที่สุด เรื่อง ความพึงพอใจที่มีต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร</p> <p>ความผูกพัน</p> <p>Gen X Y Z มากที่สุด ความต้องการในการดำรงความเป็นสมาชิกขององค์กร</p> <p>Gen X Y Z น้อยที่สุด การทุ่มเทความพยายามในการปฏิบัติงาน [การมาทำงานสาย กลับบ้านก่อนเวลาเป็นเรื่องปกติใดๆ ก็ทำกัน</p>	
<p>2) มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ</p>	<p>งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละระดับ</p> <p>1. กลุ่มข้าราชการ เรื่องรายได้/ค่าตอบแทนเหมาะสมกับปริมาณงาน มีแนวทางการเรียกอัตราค่าจ้างเสริมจากการคำนวณ Productivity ในแต่ละเวร อัตราค่าตอบแทนตามระเบียบทางการเงินทุกหน่วย</p> <p>ในเรื่องความเครียด มีการดำเนินการให้สำรวจความเครียดของเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง/ปี มีนักจิตวิทยาเป็นคนรวบรวมวิเคราะห์แปลผล แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบรายบุคคลและมีช่องทางให้คำปรึกษา</p> <p>ปัจจัยค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีการจ่าย ค่าตอบแทนตรงเวลาตามกำหนด พิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนโดยหลักธรรมาภิบาล</p> <p>สวัสดิการบ้านพัก/ห้องพักรวม ห้องรับประทาน การดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปีการดูแลติดตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย</p> <p>การตรวจวัด แสง เสียง และติดตั้งเครื่องปรับอากาศ</p> <p>ปัจจัยโอกาสและความก้าวหน้าทางงานอาชีพ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมความก้าวหน้าในสายงานอาชีพเพื่อระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น นร.148/ว.2 เป็นต้น - การสนับสนุนการอบรมระยะสั้น การอบรมเฉพาะทางการเรียน ปริญญาโท/เอก ในแต่ละสาขา 	<p>-รายงานผลการประเมินแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือปฐมนิเทศ เจ้าหน้าที่ใหม่ - ทะเบียนการเยี่ยมฝ่ายการพยาบาล -ผลนิเทศและมีผลลงใน google Form -มีผลการประเมินประเมินความเครียดของจนท. - รายงานการประชุมงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช - ระเบียบหลักเกณฑ์การจ่ายตอบแทน - Flow การเรียกอัตราค่าจ้างกรณีภาระงานเกิน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>- สนับสนุนการทำผลงานวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย</p> <p>2. กลุ่มลูกจ้างเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการ</p> <p>1)ปรับอัตราค่าตอบแทนนอกเวลาเพิ่ม, พิจารณาขึ้นค่าจ้างให้ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>ปัจจัยค่าตอบแทนและสวัสดิการ มีการจ่าย ค่าตอบแทนตรงเวลาตามกำหนด พิจารณาเลื่อนขึ้นเงินเดือนโดย หลักธรรมาภิบาล</p> <p>2) จัดสวัสดิการค่าห้องพิเศษฟรี เมื่อเจ้าหน้าที่และบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สวัสดิการค่าเยี่ยม คลอด เจ็บป่วย</p> <p>3) สวัสดิการกรณีเสียชีวิตของเจ้าหน้าที่ และบุคคลในครอบครัวสายตรง</p> <p>4) สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลเยี่ยมกรณีเจ็บป่วยและกรณีเสียชีวิต งานศพ งานฌาปนกิจ ของเจ้าหน้าที่และญาติสายตรง</p> <p>5)สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลกรณีเจ้าหน้าที่ประสบ อุทกภัยและภัยพิบัติ</p> <p>6)สวัสดิการกลุ่มงานการพยาบาลกรณีเจ้าหน้าที่ย้าย เกษียณ ลาออก</p> <p>7)ร่วมโครงการ ODเพื่อสร้างความผูกพันในองค์กรของโรงพยาบาล</p>	<p>- Flow การเรียก อัตรากำลังกรณีเกิด เหตุฉุกเฉิน</p> <p>- แผน/ภาพกิจกรรม 5ส</p> <p>- แผนการอบรม</p> <p>- ผลการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนขึ้น แต่งตั้ง</p>
<p>3) มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ทำให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้างช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดีและบุคลากรมีความผูกพัน</p>	<p>งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช มีระบบการให้ขวัญกำลังใจเพื่อให้บุคลากรมีผลงานที่ดีและเกิดความผูกพัน ดังนี้</p> <p>1. การพิจารณาความดีความชอบ และมีการยกย่อง ชมเชยการมอบรางวัลและประกาศเกียรติคุณ</p> <p>2. บุคลากรเกิดความพึงพอใจกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน</p> <p>4. ความก้าวหน้าในอาชีพ สนับสนุนเพื่อบรรลุ ความก้าวหน้าในอาชีพ กำหนดให้มีการแต่งตั้งผู้รักษาการแทน/รองหัวหน้าในแต่ละหน่วยงาน เพื่อปฏิบัติงานเมื่อหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างานไม่อยู่ มีแนวทางเส้นทางความก้าวหน้า และการสืบทอดตำแหน่งตามบันไดอาชีพ เมื่อมีตำแหน่งว่างลงหรือมีการขยายสายงานใหม่ มีการกำหนดมาตรฐานงานในแต่ละตำแหน่งเป็นแนวทาง สำหรับทุกคนที่เข้าสู่ตำแหน่งงานนั้นๆ ฝึกอบรมและ</p>	<p>- การประเมินสมรรถนะ</p> <p>- แบบประเมินความพึงพอใจ</p> <p>- ภาพกิจกรรมมอบรางวัลต่างๆ</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>พัฒนาผู้นำใหม่ โดยการสอนงาน/ มอบหมายงานให้รับผิดชอบ ทดลองปฏิบัติงานก่อนที่จะมีการย้ายหรือโอน</p> <p>5.กระตุ้นการสร้างผลงาน การสนับสนุน/ส่งเสริม การทำผลงานวิชาการต่าง ๆ เช่น งานวิจัย R2R CQI นวัตกรรม KM และการทผลงานวิชาการเพื่อการเลื่อนระดับ</p> <p>6.จัดประชุมประจำเดือน ทั้งในและนอกสถานที่</p>	
<p>5.3 การประเมินความผูกพันของบุคลากร</p> <p>1) มีการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสมกับบุคลากรพยาบาลแต่ละกลุ่ม</p>	<p>หน่วยงานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวชทำการประเมินดังนี้</p> <p>1. โดยใช้แบบสอบถามความผูกพันและความพึงพอใจ ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2. ประชุมประจำเดือนประเมินจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล เช่น วันพยาบาลสากล , วันปีใหม่ของทุกปี วันเกิดของโรงพยาบาลและวันประชุมของหน่วยงานและกลุ่มงานการพยาบาล</p> <p>3.แบบไม่เป็นทางการโดยหัวหน้างานพูดคุยเพื่อ รับฟังเสียงสะท้อนจากการปฏิบัติงาน Line ส่วนตัว Line group โทรศัพท์สายตรงรับฟังความคิดเห็นหลากหลายช่องทาง รวบรวมจาก การร้องทุกข์ ข้อเสนอแนะผ่านทางผู้รับฟังความคิดเห็น, จาก Facebook ,จากการพบปะพูดคุยสื่อสารแบบสองทาง ,การลาออกของบุคลากร</p>	<p>- รายงานผลการประเมิน แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาล</p> <p>- บันทึกการประชุม</p>
<p>2) นำผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล ไปใช้ในการปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร</p>	<p>ตอบสนองความต้องการของบุคลากรดังนี้</p> <p>1. มีแนวทางการคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งตามความต้องการ ความรู้ความสามารถ ความเหมาะสมของแต่ละบุคคล</p> <p>2. โดยการเพิ่มค่าตอบแทนและมีเกณฑ์ในการจัดอัตราค่าจ้างตามภาระงาน</p> <p>3. จัดสวัสดิการเมื่อเจ็บป่วย เกษียณ และเสียชีวิต</p> <p>4. สนับสนุนเส้นทางความก้าวหน้า การเลื่อนระดับการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การอบรมเฉพาะทางหลักสูตรต่างๆ การเตรียมความพร้อมตำแหน่งสำคัญ</p> <p>5. พัฒนาสถานที่สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ทำ 5 ส, Green & CLEAN การติดตั้งกล่องวงจรปิด</p> <p>6. จัดระบบบริหารจัดการวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ มีเครื่องมือที่ทันสมัย มีศูนย์เครื่องมือแพทย์ในการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอ</p> <p>7. มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยสะดวกต่อการใช้งาน เช่นระบบอนุมัติเอกสาร/การจัดการออนไลน์ Paperless</p>	<p>- รายงานผลการประเมิน แรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ ความผูกพัน องค์กรพยาบาลผลการ</p> <p>- การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่</p> <p>- คู่มือหน่วยงาน</p> <p>แผนและผลการประเมิน 5ส. และผลการประเมิน Green & CLEAN</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	8. พัฒนาระบบการยกย่อง ชมเชยบุคลากรที่มีผลงาน/ปฏิบัติงานดีเด่น และมอบใบประกาศเกียรติคุณรวมทั้งเป็นคะแนนประกอบการเลื่อนขั้นเงินเดือน	
3) นำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรพยาบาลไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการพยาบาลเพื่อค้นหาโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรพยาบาลและผลลัพธ์ของบริการพยาบาล	<p>นำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรพยาบาลไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการพยาบาลดังนี้ <u>วิเคราะห์เพิ่มเติม ปี 64-67</u></p> <p>1. องค์กรพยาบาลนำผลการประเมินผลสำรวจแบบสอบถามแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากร ในองค์กร ในปี 2567 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ ความผูกพัน ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด มาวิเคราะห์และนำไปเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งพบว่ามีคะแนนที่ต่ำกว่าเกณฑ์</p> <p>2) องค์กรพยาบาลร่วมกับทีมกระบวนการของโรงพยาบาลจัดกระบวนการกลุ่ม เรื่อง อบรมศิลปะการสร้างสรรค์ชีวิตเพื่อความสุขและการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน หลังจากที่ได้เข้าหน้าที่ได้เข้าร่วมอบรม สามารถมีความเข้าใจและปรับทัศนคติที่จะ กำลังใจที่จะไปใช้ในการทำงานมากขึ้น</p> <p>3) องค์กรพยาบาลได้นำผลการสำรวจมาวิเคราะห์ในปี 2564 และ 2566 โดยภาพรวมความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรและมี ความรักความผูกพันกับองค์กร อยู่ในระดับมาก มีผลลัพธ์บริการพยาบาลเมื่อเทียบกับเป้าหมายใกล้เคียงกันอยู่ในเกณฑ์ดี</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถาม - ตัวชี้วัด
<p>5.4 การจัดการผลการปฏิบัติงาน</p> <p>1) มีระบบประเมินผลงานบุคลากรพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่ให้การดำเนินการที่ดี บุคลากรมีความผูกพัน และสนับสนุนการมุ่งเน้นผู้ใช้บริการ (ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย)</p>	<p>หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช</p> <p>1. ประเมินผลการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง/ปี มีการประเมิน 2 ส่วน คือการประเมินตัวชี้วัดที่ถ่ายทอดมาจากกลยุทธ์ และประเมินสมรรถนะหลัก (Core competency) โดยมีคะแนนตามสัดส่วนที่กำหนด และนำผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมาย หรือการสร้างชื่อเสียงให้แก่องค์กรจากการทำงานเด่นหรือการได้รับรางวัล มาเป็นคะแนนการพิจารณาความดีความชอบเพิ่มเป็นพิเศษทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและสร้างความผูกพันต่อองค์กรมากยิ่งขึ้น พิจารณาความดีความชอบและให้ค่าตอบแทนการให้รางวัลและยกย่องบุคลากรที่มีผลงานดีเด่น หรือมีผลิตภัณฑ์นวัตกรรมทางการแพทย์หรือ BEST PRACTICE ทางพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน - แฟ้มบุคลากร - ผลงานนวัตกรรม CQI วิจัย - ใบประกาศ รางวัล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>2. มีการยกย่องชูเกียรติสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานดี ส่งเสริมโดยการเข้าประกวดพยาบาลดีเด่นระดับจังหวัด เช่นพยาบาลดีเด่นวันพยาบาล และสมาคมพยาบาล และส่งเสริมความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สนับสนุนให้ศึกษา/ฝึกอบรมต่อเนื่อง ทั้งหลักสูตรเฉพาะทางตามความสนใจของบุคลากร</p>	
<p>2) มีการจัดระบบการทำงาน เพื่อให้งานขององค์กร บรรลุผลสำเร็จ และใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร</p>	<p>หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช</p> <p>1. มีกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน และมีการจัดระบบงานดังนี้</p> <p>2.ระบบการปฐมนิเทศ พยาบาลใหม่ทุกคนจะได้รับการปฐมนิเทศเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายโรค การฟื้นคืนชีพขั้นสูง การใช้ยาความเสี่ยงสูง เรื่องความเสี่ยง เรื่องระบบIC ,เรื่องการใช้ HOSXP HOS MERGE สมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม</p> <p>3. มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ-จำหน่ายและมีแนวทางการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของทีมนำดูแลผู้ป่วย มีการประเมินสมรรถนะ Core competency , Professional Competency, Specific Functional Competency รายบุคคลและตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานในหน่วยงาน มีระบบสารสนเทศและการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล สนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการอบรมเพิ่มเติมตามสมรรถนะหลักของหน่วยงาน จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน</p>	<p>- ผลการประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 6 เดือน</p> <p>- แพ้บุคลากร</p>
<p>3) มีการนำผลการประเมินผลงานของบุคลากรพยาบาลมาพิจารณา เพื่อวิเคราะห์หาโอกาสในการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรพยาบาลและบุคลากร</p>	<p>หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชวิเคราะห์ มีการดำเนินการดังนี้</p> <p>1. เพิ่มสมรรถนะโดยส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทางเพื่อความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและเป็น Nurse Manager STROKE STEMI TRAUMA ,WI แต่ละโรค</p> <p>2. บุคลากรที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง จะได้รับการ Training จากผู้เชี่ยวชาญจนกว่ามั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานได้ มีการอบรมทางวิชาการภายใน/ภายนอกองค์กรสม่ำเสมอโดยผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>3. ผู้รับบริการได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย และมีการติดตามต่อเนื่องหลังกลับบ้านเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ</p>	<p>- ผลการประเมินสมรรถนะ ของหน่วยงาน</p> <p>-WI แต่ละโรค</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	และความปลอดภัยผู้ป่วย เช่นการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ	
<p>5.5 การพัฒนาบุคลากรพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล</p> <p>1) มีระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรพยาบาลทุกระดับ ทั้งระดับบริหารและ ระดับปฏิบัติการ ครอบคลุมความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาสำหรับระดับองค์กรพยาบาลและระดับบุคคลโดยพิจารณาถึงสมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุแผนปฏิบัติการ การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรม</p>	<p>-หน่วยงานอุบัติเหตุดุกเหดินและนิติเวชวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาบุคลากรจาก ส่วนขาดจากการประเมินสมรรถนะ ผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ /กลยุทธ์/แผนปฏิบัติ/เข็มมุ่งขององค์กร Training need รายบุคคลและวิเคราะห์จากความต้องการในการพัฒนาหรือขยายงานของหน่วยงานจัดทำแผนการฝึกอบรมทั้งระยะสั้น/ระยะยาว</p> <p>-การเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ การพัฒนา รองหัวหน้า เช่น หลักสูตรภาวะผู้นำ เน้นพลังกลุ่ม</p> <p>-การพัฒนากลุ่มโรคสมรรถนะหลักและมีแผนพัฒนา ตามกลยุทธ์ Service plan เช่น หลักสูตรเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน</p> <p>-จัดฝึกอบรมฟื้นฟูเป็นประจำทุกปี ได้แก่การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ครอบคลุมทุกหน่วยงานและทุกคน, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การซ้อมแผน Emergency code ฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทุก 1 ปีครอบคลุมในทุกหน่วยงาน ครอบคลุมทุกคน</p> <p>-มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้ กำหนดให้มีการพัฒนาใน ระดับหน่วยงานและระดับบุคคล โดยพิจารณาถึงสมรรถนะหลัก ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุแผนปฏิบัติการการปรับปรุง ผลงาน เช่น CQI R2R นวัตกรรม และงานวิจัย</p> <p>-ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกคน ระดับหน่วยงานในเรื่องนโยบายโครงสร้างหน่วยงาน ขอบเขตการบริการ หน่วยงาน แนวทางปฏิบัติงาน มารยาทและพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติ กฎระเบียบข้อบังคับการทำงาน การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การใส่เครื่องป้องกัน(PPE) แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพ บทบาทหน้าที่เมื่อมีการประกาศ Code การบริหารจัดการความเสี่ยง แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุ sharp injury , contact , fire safety ความรับผิดชอบในงาน ขอบเขตหน้าที่ รับผิดชอบ การประเมินผลการปฏิบัติงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - แผนพัฒนาบุคลากร - คู่มือปฐมนิเทศ - ผลการประเมินผ่านอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง 100% - แผนงาน/โครงการ

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
<p>2) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลและผลงานขององค์กร</p>	<p>งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช ประเมินสมรรถนะบุคคล วัดจาก Core competency , Specific Functional Competencyพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานหน่วยงาน ดังนี้ มีการมอบหมายงานให้บุคลากรของหน่วยงาน อยู่ในทีมพัฒนาคุณภาพแต่ละทีม ประกอบด้วย 9 คณะกรรมการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คณะกรรมการบริหารงานบุคลากร (HRM) 2) คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร (HRD) 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (QA) 4) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM) 5) คณะกรรมการ ป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (IC) 6) คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (PCT) 7) คณะกรรมการสารสนเทศทางการแพทย์ (KMIT) 8) คณะกรรมการโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือและ อุปกรณ์ (ENV/INS) 9) คณะกรรมการทีมนำระบบยา (MMS) <p>โดยระบุนหน้าที่ของแต่ละทีม มีการจัดตั้งทีมที่ สอดคล้องกับทีมพัฒนาคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กองการพยาบาล โรงพยาบาล และการตรวจราชการ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน/โครงการ เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัด และบรรลุวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน และวัดผลงานขององค์กร โดยวิเคราะห์ตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาลเป็นตัวสะท้อนประสิทธิผลของระบบการพัฒนา และเรียนรู้ของบุคลากรพยาบาลและผู้นำ นำข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่การประชุมกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลทุก เพื่อวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาระบบในปีต่อไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการประเมินสมรรถนะของหน่วยงาน - KPI - คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน ทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ
<p>3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรพยาบาลทุกคนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อการสืบทอดตำแหน่งอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>งานอุบัติเหตุดูแลและนิติเวช มีการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรพยาบาลทุกคนอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการประเมินสมรรถนะและพัฒนาบุคลากรที่ต้องขึ้นเป็นผู้บริหารในตำแหน่งนั้น เพื่อให้ได้คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด -มีการกำหนดแผนและหลักเกณฑ์ในการสืบทอดตำแหน่งของบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาบันไดอาชีพของบุคลากร และมีการกำหนดหลักเกณฑ์คุณสมบัติใน 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนการอบรม - คู่มือบริหารองค์กร พยาบาล -Career path - แผนพัฒนาบุคลากร - หลักเกณฑ์การพิจารณา การก้าวสู่ตำแหน่ง

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>การเลื่อนตำแหน่ง คือคุณวุฒิการศึกษา ความสามารถ ผลงาน หลักอาวุโส และประสบการณ์และหลักเกณฑ์อื่นๆ ตามความจำเป็นของหน่วยงาน</p> <p>-พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรปีละ 2 ครั้ง ตามความสำเร็จของตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณา การประเมินผลการปฏิบัติงาน</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กำหนดให้มีประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 3 ปี มีการเตรียมเข้าสู่ระดับ ชำนาญการ โดยการมอบหมายงานให้จัดทำ การ ประเมินผลงานทางวิชาการ ในงานที่รับผิดชอบ การ ส่งเสริมให้อบรมเฉพาะทางสาขาที่เกี่ยวข้อง และส่งเข้า ประชุมการจัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ โดย จัดให้มีพี่เลี้ยง</p> <p>- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ก่อนเข้าสู่ระดับชำนาญ การพิเศษ การกำหนดให้มีประสบการณ์พยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 2 ปี ส่งเสริมให้เข้าอบรมผู้บริหารระดับต้น และบริหารการพยาบาล สนับสนุนให้อบรมการจัดทำ งานวิจัย และมอบหมายงานที่มีความ ยุ่งยาก ซับซ้อน และส่งเข้าประชุม การจัดทำผลงานทางวิชาการ เพื่อ เลื่อนระดับ มีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อการ สืบทอด ตำแหน่งอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดตำแหน่งเพื่อการสืบทอด คือ หัวหน้างาน รองหัวหน้างาน ตามคุณสมบัติที่กลุ่มงานการพยาบาลกำหนด</p>	
<p>5.6 บรรยากาศในการทำงาน</p> <p>1) สร้างความมั่นใจและ ดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ สถานที่ทำงานเอื้อต่อการมี สุขภาพดีปลอดภัย และมีการ ป้องกันภัย</p>	<p>งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช</p> <p>1.มีการจัดการพื้นที่ตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ,การกำกับดูแลกิจการและความปลอดภัยใน อาคารสถานที่ มีการซ้อมแผน Emergency , ซ้อมแผน อัคคีภัย ซ้อมแผนพหุติกรรรมก้าวร้าว จิตเวช</p> <p>2.กำหนดให้บุคลากรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จราจรอย่างเคร่งครัดและเป็นกฎเหล็กคือสวมใส่หมวก นิรภัยขณะขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ และคาดเข็ม ชัดนิรภัยขณะขับขีรถยนต์</p> <p>3. มีการปรับปรุงระบบการระบายน้ำอากาศ การหมุนเวียน อากาศ บริเวณจุดเสี่ยงสำคัญที่บุคลากรปฏิบัติงาน ห้อง AIIR ห้องพ่นยาในห้องฉุกเฉิน</p>	<p>- แนวปฏิบัติและ นโยบาย EMS</p> <p>- แผนการซ้อม Code ต่างๆ</p> <p>-คู่มือหน่วยงาน</p> <p>-คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัยทางการ พยาบาล</p> <p>- แผนปฏิบัติ/ผลการลง ประเมิน 5 ส.</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>4. มีห้องตรวจแยกโรค (AIIR) สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแพร่กระจายเชื้อทางอากาศและโรคติดต่ออันตรายรองรับการบริการผู้ป่วยนอก</p> <p>5. มีระบบการคัดกรองแยกผู้ป่วยติดเชื้อ ,คลินิกARI , ห้องตรวจเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และจัดบริเวณแยกโรคที่แพร่กระจายเชื้ออย่างเหมาะสม จัดระบบ One stop service เฉพาะกิจ แยกจากการบริการปกติ กรณีพบโรคระบาดในชุมชนและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ</p> <p>5.มีกล้องวงจรปิดในพื้นที่เสี่ยงที่จะเกิดอันตรายหรือความไม่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร และหน่วยงานที่ดูแลคนไข้ที่เสี่ยงต่อการลักพาตัว รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>6. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร ครอบคลุมความพร้อมด้านรถ อุปกรณ์ พนักงานขับรถ</p> <p>7. มีการจัดหาอุปกรณ์เพื่อผ่อนแรงการทำงานให้กับบุคลากร เช่น รถมอเตอร์ไฟฟ้ารับส่งผู้ป่วย</p> <p>8. มีการตรวจวัดปริมาณแสงสว่าง เสียง ฝุ่นละออง คุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ มาปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>9. มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีตามโปรแกรมที่กำหนด และเพิ่มให้สอดคล้องกับความเสี่ยงในงาน เช่น ตรวจ LFT ,ตรวจวัดปริมาณรังสี</p> <p>10. มีพื้นที่ออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>11.มีนโยบายในการขึ้นปฏิบัติงานที่ป้องกันการเหนื่อล้า จัดอัตรากำลังเพื่อความเหมาะสมกับภาระงาน</p> <p>งานอุบัติเหตุดุกเหินและนิติเวช มีการสร้างบรรยากาศ ที่ดีในการทำงาน โดย</p> <p>2.1 มีการกำหนดเกณฑ์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมิน 5 ส - ผลประเมินคะแนนความพึงพอใจในงาน $\geq 80\%$ - คุณภาพชีวิตในการทำงาน $\geq 80\%$ - บุคลากรไม่มีการติดเชื้อจากการทำงาน <p>2.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และปรับปรุงเพื่อสร้างบรรยากาศในการทำงาน มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การติดตั้งเครื่องปรับอากาศ การจัดห้องพัก ห้องรับประทานอาหาร การลด การ Stock ของในหน่วยงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการตรวจแสง เสียง - คู่มือแผนอุบัติเหตุหมู่

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ที่ไม่จำเป็น จัดเวลาพักที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัยเอื้อต่อการทำงาน	
2) มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการกำหนดตัวชี้วัดดังนี้ 1. ร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศในการทำงานของบุคลากร 2. ร้อยละความผูกพันองค์กรของบุคลากรพยาบาล 3. ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี 4. ร้อยละบุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรค 5. จำนวนครั้งของการเกิดบาดเจ็บ ติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 6. ร้อยละบุคลากรพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามหลังจากการตรวจสุขภาพประจำปี	- ตัวชี้วัดความพึงพอใจ - อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน - แนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
3) ให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบายการจัดบริการและสิทธิประโยชน์ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายในทุกกลุ่ม	1. สวัสดิการเท่าเทียมกันทุกกลุ่ม เช่น การทำประกันชีวิต EMS , Covid 19 ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน การเยี่ยมไข้ การคลอด เสียชีวิต สวัสดิการค่าห้องพิเศษ 2. การพัฒนาความรู้ความสามารถทุกคน เช่น ฝึกอบรมทั้งในและนอกสถานที่รวมทั้ง on the job 3. กิจกรรมสันทนาการประจำปีเช่น HBD งานปีใหม่ การทำกิจกรรมสัมพันธ์ OD	- ผลการประเมินบรรยากาศในการทำงาน แผนพัฒนาบุคลากร
5.7 สุขภาพของบุคลากร 1) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (ความเสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ความรุนแรงก้าวร้าวและคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจ)	งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช มีนโยบายและกำกับดูแลบุคลากร โดยปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ดังนี้ 1. เฝ้าระวังการติดเชื้อและมีระบบในการดูแลติดตามภาวะสุขภาพของบุคลากรภายในหน่วยงาน 2. บุคลากรได้รับการป้องกันโรคติดเชื้อครอบคลุมตามความเสี่ยงของการปฏิบัติงาน และสถานการณ์โรคระบาดในชุมชน ได้แก่ วัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีน Covid-19 วัคซีนหัด (MR เข็มกระตุ้น) ไอกรน (Tdap เข็มกระตุ้น) เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน 3. บุคลากรได้รับตรวจภูมิคุ้มกันโรคตับอักเสบบี โดยบุคลากรที่มีความเสี่ยงและไม่มีภูมิคุ้มกัน กหรือระดับภูมิคุ้มกันอ่อนแอ จะได้รับวัคซีน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และกรณีต้องได้รับภูมิคุ้มกัน ชนิด เร่งด่วน 4. มีอุปกรณ์ป้องกันตัวสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	- บันทึกการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ - รายงานการได้รับวัคซีนของเจ้าหน้าที่จากระบบ Hos-Xp - แนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่เจ็บป่วยจากการทำงาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>5. การเฝ้าระวังกรณีผลตรวจสุขภาพบุคลากรเมื่อพบว่าป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>6. มีระบบ fast tract กรณีบุคลากรได้รับบาดเจ็บ เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และบริการยาป้องกันโรคติดเชื้อระยะหลังสัมผัส (post Exposure prophylaxis [PEP]) อย่างรวดเร็ว เช่น ยาต้าน HIV ภายใน 3-72 ชม. วัคซีนตัวอีกเสบแบบเร่งด่วน Hepatitis B immunoglobulin [HBIG]) เข็มแรกภายใน 12 ชม. หลังสัมผัสเชื้อ เป็นต้น</p> <p>7. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พนักงานใหม่ที่รับมาใหม่ในรูปแบบ on the job training</p> <p>8. การจัดการเกี่ยวกับความรุนแรงก้าวร้าวและคุกคาม ผู้ประสบเหตุจะได้รับคำปรึกษา/ดูแลจากหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/แพทย์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้อย่างถูกต้องหลังประสบเหตุ และรายงานอุบัติการณ์ให้คณะกรรมการความเสี่ยงทราบ</p>	
<p>2) บุคลากรพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมเรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองรวมทั้งมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีวัฒนธรรมองค์กรในการส่งเสริมสุขภาพ</p>	<p>1. หน่วยงานส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รับการตรวจสุขภาพประจำ ปีละ 1 ครั้ง ทุกหน่วยงานคณะกรรมการ HPH .o ในหน่วยงาน รับผิดชอบในการติดตาม รอบแวน น้ำหนัก ความดันโลหิต BMI อย่างต่อเนื่อง ในบุคลากรที่ BMI เกินมี ICWN ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เกิดจากการสัมผัส สารคัดหลั่ง เข็มตำ ควบคุมให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ และ เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>2.เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น บุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเข้าร่วมโครงการหุ่นสวยสุขภาพดีชีวีมีสุขของทีม Wellness Center ของรพ.</p> <p>3.นโยบายให้เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องสวมหมวกกันน็อคทุกครั้งและคาดเข็มขัดนิรภัยขับขีรถยนต์โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นแกนนำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ</p> <p>4.กิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพุธ</p> <p>5. ด้านสุขภาพจิต มีชมรมจริยธรรม มีการปฏิบัติธรรม ทำโรงทาน ฮาลาเกาะห์</p>	<p>กิจกรรมออกกำลังกาย นโยบายสวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย Wellness center ผลการตรวจสุขภาพ</p>
<p>3) บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน รวมทั้งมีการจัดระบบ</p>	<p>1. มีการตรวจสุขภาพก่อนรับเข้าปฏิบัติงาน ระหว่างทำงานปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพตามโปรแกรมพื้นฐาน และโปรแกรมตรวจพิเศษ ในหน่วยงาน</p>	<p>โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
การตรวจสอบสุขภาพบุคลากรเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานรวมทั้งการติดเชื้อซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ	ที่กำหนด เช่นตรวจการทำงานของตบ ตรวจปริมาณรังสีของพยาบาล ตรวจสมรรถภาพปอด, 2.มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ครบ 100% และนำผลการตรวจมาวิเคราะห์และจัดเป็นกลุ่มดังนี้ กลุ่มป่วย 2 รายคิดเป็นร้อยละ 10 ส่งพบแพทย์เพื่อรักษาทุกคน กลุ่มเสี่ยง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 47.62 :เช่นเข้าร่วมโครงการหุ่นสวยสุขภาพดีชีวิตมีสุขของทีม Wellness Center ของรพ. กลุ่มปกติ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย กรณีที่มีการบาดเจ็บจากการทำงาน/เจ็บป่วย จะมีการจัดระบบงานให้เอื้อต่อ การทำงาน เช่น อาการปวดหลังจากการเข็นของพนักงาน โรคที่เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกาย กรณีบุคลากรติด เชื้อจากการ ทำงาน เช่น วัณโรคหยุดงาน 2 สัปดาห์ให้ทานยาต่อเนื่อง ถ้า อาการดีขึ้นให้เข้ากลับทำงานได้ตามปกติ กรณีเข็มตำ ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยมี ICN ติดตามดูแล	-Modelบุคลากร ตัวอย่างด้านสุขภาพ ผลการตรวจสอบสุขภาพ

หมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
6.1 ระบบงานและสมรรถนะหลักขององค์กร 1) การกำหนดระบบงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ และแผนปฏิบัติการขององค์กรพยาบาล (ระบบงาน หมายถึง วิธีการที่กลุ่มงานใช้ในการทำงานให้สำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายใน และแหล่งทรัพยากรต่างๆ จากภายนอกที่จำเป็นต่อการผลิตหรือพัฒนา	งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน มีระบบงาน ดังนี้ 1.งานบริการ พยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีเป้าหมาย 1.1. เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันเวลา พร้อมให้การช่วยเหลือทันที 1.2. ช่วยชีวิต ช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา และประทับใจประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติ 1.3. เจ้าหน้าที่ปลอดภัย 1.4. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และญาติในการมีส่วนร่วมตัดสินใจการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล 2.งานบริการพยาบาลที่ ER โดยมีเป้าหมาย	- SAR ER - CPG รายโรค - WI -เกณฑ์ Early warning sing รายโรค -แบบประเมินและแบบคัดกรองผู้ป่วย

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ผลงาน และการส่งมอบผลงาน ให้แก่ผู้ใช้บริการ/ผู้รับผลงาน)	<p>2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามความฉุกเฉิน เร่งด่วน</p> <p>2.2 ช่วยเหลือบรรเทาอาการ รวมถึงภาวะวิกฤตด้านจิตใจ</p> <p>2.3 ผู้ป่วยปลอดภัย ทั้งในระหว่างการรักษา ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน</p> <p>3.การส่งต่อ / จำหน่ายผู้ป่วย โดยมีเป้าหมาย</p> <p>3.1 ผู้ป่วยและญาติพร้อมกลับบ้าน</p> <p>3.2 ผู้ป่วยและญาติ พร้อมรับการรักษาต่อเนื่อง โดยที่ทีมพยาบาลห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินต้องมีความรู้ในเรื่องของ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน - พยาธิ-สรีรภาพเฉพาะของกลุ่มโรค กลุ่มอาการที่พบบ่อย - อันดับโรคและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - การคัดกรอง และการจัดกลุ่มผู้ป่วย - การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น และขั้นสูง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการบรรเทาอาการ -หลักจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกณฑ์ - การบันทึก และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง - การสื่อสาร และการประสานงาน - การพยาบาลและการเฝ้าระวังอย่างระมัดระวัง การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในER และขณะส่งต่อที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม ทุกกลุ่มโรค ACS, Stroke, Sepsis, Trauma สอดคล้องกับ Service plan ในแต่ละสาขา หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการออกแบบ ระบบงาน โดยการมอบหมายงานที่ชัดเจน ในตำแหน่ง รักษาการหัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 	
2) การออกแบบระบบงานที่มีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายของระบบงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีการป้อนกลับ (แสดงกระบวนการทำงานที่สำคัญของแต่ละระบบงานและ ความเชื่อมโยง	<p>1. มีการทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อหาแนวทางปรับปรุงพัฒนางาน หากตัวชี้วัดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในหน่วยงานได้จะถูกส่งเข้าระดับทีมนำ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงงาน และมีการ ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิมให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</p> <p>2.มีคณะกรรมการงานวิจัย กระตุ้น กำกับ ติดตาม หน่วยงานเพื่อให้เกิดงานวิจัย โดยการเชิญอาจารย์ที่</p>	โครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในงาน R2R

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
ระหว่างกระบวนการทำงาน (เหล่านั้นกับระบบงาน)	ปรึกษาที่เชี่ยวชาญงานวิจัยมาฝึกอบรมและให้คำแนะนำ เช่น อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาล	
6.2 การออกแบบกระบวนการทำงาน 1) การกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน/องค์กรพยาบาล	1. มีการทบทวนระบบงานการทำงานตาม High risk High volume ของแต่ละหน่วยงาน มีการทำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG,WI) Top 5 ของแต่ละหน่วยงานกำกับติดตามแนวปฏิบัติโดยหัวหน้างาน หากมีอุบัติการณ์ความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ กำหนดให้มีการทบทวนเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการ -มีผลงานเพื่อพัฒนางานในภาพรวมโดยงานวิจัย, R2R, CQI ,นวัตกรรม สาขาละ 1 โรค 2. มีการนำเสนอผลการทบทวนและผลงานดีเด่นในเวทีของหน่วยงาน/ทีม นำ เช่น การนำเสนอผลงานCQI/R2R ระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด เขต และประเทศ - คณะกรรมการงานวิจัยติดตามงานตามโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในงาน R2R	CNPG,WI,CQI,R2R
2) การระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการทำงานที่สำคัญ	1. กำหนดโรคที่สำคัญตามองค์กรและกำหนดตัวชี้วัดที่เป็น Nursing outcome - มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลรายโรคสำคัญ 2. คณะกรรมการงานวิจัย สรุปรายงานปัญหา จากติดตามผลการดำเนินงานวิจัย	WI
3) ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทำงานที่สำคัญ กับการส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ใช้บริการ/ผู้รับผลงาน และความสำเร็จขององค์กรพยาบาล	1. มีผลงาน WI CQI/R2R งานวิจัย 2. หน่วยงานนำแนวทางจาก WI CQI/R2R งานวิจัย ไปสู่การปฏิบัติและมีการประเมินผล ดีพิมพ์วารสาร เผยแพร่ จัดเป็นคลังความรู้ด้านงานวิจัย นวัตกรรม ในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ 3. คณะกรรมการวิจัยสรุปประเมินผล นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารของกลุ่มงานการพยาบาล	WI CQI R2R งานวิจัย รายงานประชุม
6.3 การจัดการกระบวนการทำงาน 1) วิธีการติดตามกำกับการทำงานที่สำคัญให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญ	1)วิธีการติดตามกำกับการทำงาน ตามกระบวนการทำงานที่สำคัญ โดยนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ กำกับการทำงานตามกระบวนการ มีการมอบหมายงาน มีหัวหน้าเวร ทุกเวรทำหน้าที่ กำกับดูแลในเวรนั้นๆ โดยพยาบาลที่จะเป็นหัวหน้า เวรต้องมีประสบการณ์ 2 ปีขึ้นไป โดยจัดให้มี พยาบาลที่จบ ENP ทุกเวรและมีการนิเทศ การทำงานโดย หัวหน้างาน ตามแผนการนิเทศ มี การ	ผังควบคุมกำกับงาน

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย C3 ther ,Nursing round ,Nursing Conference โดยไข กระบวนการพยาบาลและมอบหมายผู้รับผิดชอบ ใน การกำกับ ติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน	
2) การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ เพื่อควบคุม และปรับปรุงกระบวนการทำงานเหล่านี้	1.มีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานเหล่านี้ เก็บตัวชี้วัดงานคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 21 ตัวชี้วัด Service plan ตัวชี้วัดเฉพาะโรค ตัวชี้วัดงานพัฒนาคุณภาพ ความพึงพอใจผู้ใช้บริการ 2. หน่วยงานมีการวิเคราะห์จากความเสี่ยง จากการทบทวน 12 กิจกรรม และเวชระเบียน RCA เพื่อติดตามการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ไปใช้และประเมินผล 3. สรุปรายงานปัญหา ติดตามผลการดำเนินงานผลลัพธ์คุณภาพการ จากรายงานตัวชี้วัด nursing outcome	รายงานตัวชี้วัด ผลการวิเคราะห์ แผนการพัฒนางาน
3) ความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญกับคุณภาพของผลงาน	มีความเชื่อมโยง ระหว่างตัวชี้วัด ผลการดำเนินการ ที่สำคัญ กับคุณภาพของผลงาน นำผลตัวชี้วัด มาวิเคราะห์ แนวโน้ม 3 ป้อนหลัง เชื่อมโยงกับคุณภาพของงาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ มาตรฐาน ปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดีขึ้น โดยเฉพาะ ตัวชี้วัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์	ตัวชี้วัด ผลการวิเคราะห์ แผนพัฒนางาน
6.4 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน 1) การปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อปรับปรุงผลงาน ผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน	-การติดตามกำกับการทำงานโดยการนิเทศหน้างาน ขณะรับ-ส่งเวร - Audit เวชระเบียน -รายงานผลการดำเนินงานโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบทุกเดือน ผ่าน ช่องทาง Line -การประชุมเพื่อติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงานและผลการ ดำเนินงานรายโรค -สนับสนุนเครื่องมือในการเฝ้าระวังสัญญาณชีพให้เพียงพอ -ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมหน่วยงานเพื่อพัฒนาระบบ บริการพยาบาลให้มีคุณภาพ เช่น การรายงานแพทย์ล่าช้า มีการนิเทศการใช้ Early warning sing กลุ่มโรคสำคัญ -การพัฒนาการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยการ ใช้ SOS score, Alvarado score และการรายงานค่าวิกฤตของ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ผังควบคุมกำกับงาน Assignment KPI RCA อุบัติการณ์ ผล Audit เวชระเบียน ผลนิเทศทางการพยาบาล รายงานการประชุม

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	-กรจัดอบรมฟื้นฟู ACLS CPR ให้ความรู้และทดสอบการฝึกปฏิบัติการ ครอบคลุมแก่ผู้ปฏิบัติทุกคนในหน่วยงาน -ทบทวน RCA	
2) การทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการ เพื่อยกระดับผลงานผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญพิเศษของกลุ่มงาน	-บันทึก KPI ทุกเดือน ทบทวนตัวชี้วัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินการ เพื่อยกระดับผลงานผลการดำเนินการ และเสริมสร้างความแข็งแกร่งของความเชี่ยวชาญ -มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	ตัวชี้วัด รายงานการประชุม WI PDCA CQI ผลนิเทศทางการพยาบาล
3) การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จขององค์กรพยาบาล	1. ทบทวน RCA 2. ทบทวนขั้นตอนกระบวนการทำงานทั้งระบบทุกเดือน และเมื่อมีปัญหาเช่น หากพบว่าขั้นตอนที่ไม่สมบูรณ์ จะมีการปรับปรุง ทบทวนขั้นตอนกระบวนการทำงาน และสรุปผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการพยาบาล 3. นำผลการทบทวน เป็นแนวทางปฏิบัติ 4. ประเมิน ติดตาม นิเทศงานอย่างต่อเนื่อง	RCA รายงานการประชุม WI PDCA CQ ผลนิเทศทางการพยาบาล
6.5 การจัดการนวัตกรรม 1) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงการทำงานและบทเรียนที่ได้รับระหว่างหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร	1. มีการจัดทำนวัตกรรมทางการพยาบาล จากการศึกษาปฏิบัติพยาบาล 2. จัดเวทีนำเสนอผลงานวิจัย R2R CQI และนวัตกรรมในโรงพยาบาล 3. ติดตามประเมินผลการใช้นวัตกรรมนำข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ให้เกิดองค์ความรู้นวัตกรรมใหม่ 4. นำเสนอผลงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร	ผลงานผลงานวิจัย R2R CQI และนวัตกรรม
2) มีการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม	ใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรตอบสนองต่อการแก้ปัญหา การให้บริการผู้ป่วยและญาติ เช่นนวัตกรรม SOS Score POP UP Alert ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทุกราย เพื่อเฝ้าระวังภาวะวิกฤต, การพัฒนาเครื่องมือคัดแยก Easy YCPH ED Triage, PPH box , PIH box และนวัตกรรมของแต่ละหน่วยงานและมีผลงาน CQI นวัตกรรม ที่ได้รับรางวัลดังนี้ 1.การพัฒนาเครื่องมือคัดแยก Easy YCPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้รับรางวัล ยอดเยี่ยม ในการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ครั้งที่15 ประจำปี 2566	ใบประกาศ รูปภาพรางวัล วารสารตีพิมพ์วิจัย การพัฒนาเครื่องมือคัดแยก Easy YCPH ED Triage ของพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน รพร.ยะหา -การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพร.ยะหา

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>ได้รับการตีพิมพ์ วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567</p> <p>2. การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ได้รับรางวัลชนะเลิศ มหกรรมวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา</p> <p>ได้รับรางวัลชนะเลิศ งานมหกรรมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินชายแดนใต้ ปี 2567</p> <p>นำเสนอในงานวิชาการ HA FORUM 2567</p> <p>นำเสนอในการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ครั้งที่15 ประจำปี 2566</p>	
<p>3) การทำให้ทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ พร้อมใช้ในการดำเนินการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ</p>	<p>คณะกรรมการ KMIT จัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงบประมาณ ของโรงพยาบาล จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ”พัฒนาศักยภาพการวิจัยแก่บุคลากร” สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ จัดทำโปสเตอร์ มอบรางวัล ในมหกรรมวิชาการระดับ โรงพยาบาล จังหวัดเขต ประเทศ</p> <p>ผู้บริหารสูงสุด หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล มอบขวัญกำลังใจ พิจารณาความดีความดีความชอบ เลื่อนขั้นเงินเดือน</p>	<p>โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ”พัฒนาศักยภาพการวิจัยแก่บุคลากร”</p>
<p>6.6การยึดหลักการพยาบาลองค์รวมและกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล</p>	<p>มีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยการนิเทศหน้างานการรับ-ส่งเวร การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์สำคัญ มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนิเทศหน้างาน</p>	<p>ผลการนิเทศ</p>
<p>6.7 การจัดการอาการรบกวนการช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด/ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคม และจิตวิญญาณ</p>	<p>งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีการใช้ Pain Scale ในผู้ป่วยที่มีอาการ Chest pain, Abdominal pain, ผู้ป่วยที่มีแผลช่วยในการประเมินและวางแผนการพยาบาล</p> <p>1) มีการจัดการเพื่อบรรเทาจากความเจ็บปวด หรือความทุกข์ ทรมาน ทั้งนี้เกิดจากความเจ็บป่วย และสภาพแวดล้อมมีการคัดกรองประเมินสภาพอาการผู้ป่วย ตรวจวัดคะแนนความเจ็บปวด โดยถ N numeric rating scale(NRS), Face Rating Scale ,visual analog rating scale</p> <p>PS 1-3 พุดคุย ให้กำลังใจ mental support</p>	<p>1.แบบบันทึกทางการพยาบาล/Hos Xp</p> <p>2.แบบประเมิน PS</p> <p>3.แบบสรุบทบทวนความเสี่ยง</p> <p>4.แบบสรุปข้อมูลในระบบบริหารความเสี่ยง HRMS</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>PS4 -6รายงานแพทย์ พุดคุย จัดสิ่งแวดล้อม ใหพอนคลายและ PS≥7 รายงานแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาเพื่อ บรรเทาอาการปวด พุดคุย จัดสิ่งแวดล้อม ใหพอนคลาย</p> <p>2) มีการบันทึกและรายงานผลการจัดการเพื่อการ บรรเทาความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน บันทึก ในขณะคัดกรองในใบซักประวัติTrauma หรือ Non trauma บันทึก PS ใน Hos Xp ลงบันทึกใน แบบ บันทึกทางการพยาบาล</p> <p>3) มีกระบวนการทบทวน การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อ พัฒนาเทคนิคการปฏิบัติการการพยาบาล ทบทวนการ ปฏิบัติในการรับส่งเวรทุกเช้าเวลาราชการ</p>	
<p>6.8 การจัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีการ Triage ตามลำดับความเร่งด่วน และ Triage round ตาม Level ระยะเวลาที่กำหนด 2. ใช้ Early warning sign 3.มีการจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับผู้ใช้บริการ ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค เช่น กลุ่มโรค Fast Track STROKE STEMI SEPSIS HI FC PIH PPH Acute Psycosis ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น ผป. สูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยตั้งครรภ์ OSCC ผป.ระยะสุดท้าย 4.มีการบันทึกอุบัติการณ์ เมื่อเกิดความเสี่ยง หรือ พบว่าอาจเกิดความเสี่ยงและมีการจัดการป้องกันหรือ แก้ไข ความปลอดภัยมีการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง 5.ทบทวน RCA ระดับ GHI 6. 2 P safety 7.การทบทวนในทันที ในช่วงรับ-ส่งเวรเช้า บันทึกในสมุด Morning talk 8.คะแนนประเมิน PS 9. มีกระบวนการทบทวนการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องและกำหนดมาตรการ ป้องกันการเกิดซ้ำมีการเฝ้าระวังความเสี่ยง 10.นิเทศทางการพยาบาล 	<p>เครื่องมือ EASY YCPH ED TRIAGE Early warning sign WI CPG Fast Track ต่าง ๆ Program HRMS RCA 2 P safety ผลนิเทศทางการพยาบาล</p>
<p>6.9 การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) หน่วยงานมีนโยบายและแผนการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการทุกวัน และทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ผิดปกติ หรือเกิดอุบัติการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล 2) รายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง 	<p>รายงานอุบัติการณ์ ทบทวน 12 กิจกรรม รายงานการประชุม ผลการทบทวน RCA WI CQI นวัตกรรม</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>3) ทบทวนอุบัติการณ์ระดับ GHI ในทีม หน่วยงาน เบื้องต้น และทบทวน RCA ตามระดับความเร่งด่วน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลการทบทวนให้ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง</p> <p>3) มีการนำผลการทบทวน กระบวนการดูแล ผู้ใช้บริการ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ เกิดนวัตกรรม CQI แนวทางปฏิบัติที่ได้จากการทบทวน</p> <p>4) นำผลการทบทวนไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล</p> <p>5) นิเทศ ติดตาม ประเมินการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ผลนิเทศทางการพยาบาล</p>
<p>6.10 การดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีระบบการดำเนินการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล มีระบบส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ line refer รพสต. ออกปฏิบัติ EMS ผ่านการ share location EMS Spot Map</p> <p>มีระบบการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลัก IMIST ISBAR</p> <p>นิเทศหน้างานการเขียนบันทึกทางการพยาบาล ระบุข้อมูลสำคัญที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติข้อมูลหรือเหตุการณ์สำคัญ เกี่ยวกับการดูแลหรือการรักษาของผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>-มีการ Audit บันทึกทางการพยาบาลทุกเดือน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรวบรวมปัญหาและการประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย การประเมินความเครียด -ส่งผลให้การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลไม่ครอบคลุม ปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้เรียงลำดับความสำคัญ -การประเมินผลทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น -คืนข้อมูล ผป. STROKE STEMI RTI สู่ PCC รพสต. ชุมชน บูรณาการทั้งเครือข่าย - Program Yaha Hapiness คืนข้อมูลการรักษาสู่ รพสต. - Program HHC 	<p>EMS Spot map</p> <p>Yaha Hapiness</p> <p>HHC</p> <p>ข้อมูลส่งต่อ</p> <p>รายงานอุบัติการณ์</p> <p>ทะเบียนปฏิเสธการรักษา</p> <p>รักษา</p> <p>สื่อเอกสาร แผ่นพับ</p> <p>ความรู้</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
	<p>- ผป.ปฎิเสธการรักษา มีการบันทึกปฎิเสธการรักษา Scan เอกสาร มีการติดตามอาการภายใน 24 ชม.</p> <p>-ให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อน อาการฉุกเฉิน สื่อเอกสาร ผป.ก่อนจำหน่าย</p> <p>-ผป.ส่งต่อไปยัง รพ.แม่ข่าย ได้รับการติดตามอาการ โดยพยาบาลส่งต่อ พร้อมบันทึกอุบัติการณ์ Miss Dx Delay refer Delay treatment</p> <p>-ติดตามเยี่ยมบ้าน</p>	
<p>6.11การส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ใช้บริการ</p>	<p>1) มีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามมาตรฐานของการพยาบาลมีชุดข้อความการประเมินผู้ป่วยให้ความรู้ก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่รับยากลับบ้าน Refer Admitted Dead</p> <p>- ผป.ปฎิเสธการรักษา มีการบันทึกปฎิเสธการรักษา Scan เอกสาร มีการติดตามอาการภายใน 24 ชม.</p> <p>-ให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อน อาการฉุกเฉิน สื่อเอกสาร ผป.ก่อนจำหน่าย</p> <p>2) มีการดำเนินการตามแผน เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้เช่นให้คำแนะนำ ให้ใบนัด แผนพับให้ความรู้</p> <p>3) มีระบบการติดตาม กำกับประเมินผล และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการ และครอบครัวสามารถดูแล สุขภาพตนเองและดูแลกันเองได้ เช่นการโทรสอบถาม ติดตามอาการโดยตรง แจ้งช่องทางติดต่อกลับมา</p> <p>4)มีระบบ Telemedicine ส่งเสริมให้ความรู้ STROKE STEMI ผป. กลุ่มเสี่ยง Cvd risk , ผป. NCD</p>	<p>สื่อเอกสาร แผ่นพับ ความรู้</p> <p>Telemedicine</p> <p>ทะเบียนปฎิเสธการรักษา</p> <p>แบบบันทึกทางการพยาบาล</p>
<p>6.12 การบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>1) มีการบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลเฉพาะ ภาวะความเจ็บป่วยที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ</p>	<p>1.ประเมินผู้ป่วยแรกรับอย่างครอบคลุมและนำปัญหามาบันทึกในแบบฟอร์ม เพื่อติดตามประเมินซ้ำทุกเวร</p> <p>2. ดำเนินการพัฒนาคูณภาพบันทึกทางการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องในรูปของทีมงานพัฒนาคูณภาพการบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>3. สุ่มตรวจสอบคูณภาพบันทึกทางการพยาบาลทุกเดือน ภายใต้การกำกับของหัวหน้างาน</p> <p>4. ใช้รูปแบบการบันทึกที่แบบ focus charting มอบหมายให้แต่ละหน่วยงานมีการตรวจสอบและติดตามผลการบันทึกทางการพยาบาล ประเมินคูณภาพการบันทึกพยาบาลทุก 3 เดือน</p>	<p>- แบบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>Hos xp</p> <p>Hos merge</p>

ประเด็นพิจารณา	สิ่งที่เกิดขึ้นจริง	หลักฐาน
2) มีการนำข้อมูลจากการบันทึกการพยาบาลไปใช้ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และพัฒนาเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล	งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยใช้ - แบบบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม Focus charting ประเมินผู้ป่วย รวบรวมปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล อีกทั้งนำมาทบทวนในทีมการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาทักษะและปรับเทคนิควิธีการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนละราย ยกตัวอย่าง เช่น จากการทบทวนคุณภาพการบันทึกการพยาบาลพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาความเสี่ยงสูง ไม่เป็นไปตามแนวทางการบริหารยาที่ต้องระมัดระวังสูง โดยพบว่าความถี่ในการประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพไม่ครบถ้วน มีการปรับแนวปฏิบัติการบริหารยาความเสี่ยงสูง เน้นให้มีการทบทวนแนวปฏิบัติ มีการประเมินสมรรถนะ และนิเทศโดยหัวหน้างาน	Audit เวชระเบียนแบบบันทึกทางการพยาบาล

หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้มีการรวบรวมข้อมูลสถิติผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่สำคัญโดยครอบคลุม ด้านการให้บริการทางการพยาบาลด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถ การมุ่งเน้นผู้รับบริการด้านความพึงพอใจและช่องทางเรียนदानพฤติกรรมบริการ ด้านประสิทธิภาพจะมุ่งที่ผลิตคุณภาพงานและระยะเวลารอคอยในการรับบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ด้านการมุ่งเน้นบุคลากรเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและการฝึกอบรม ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญจะมุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญรวมทั้งด้านการนำองค์กรจะเน้นในประเด็นจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นสำคัญรายละเอียด ดังนี้

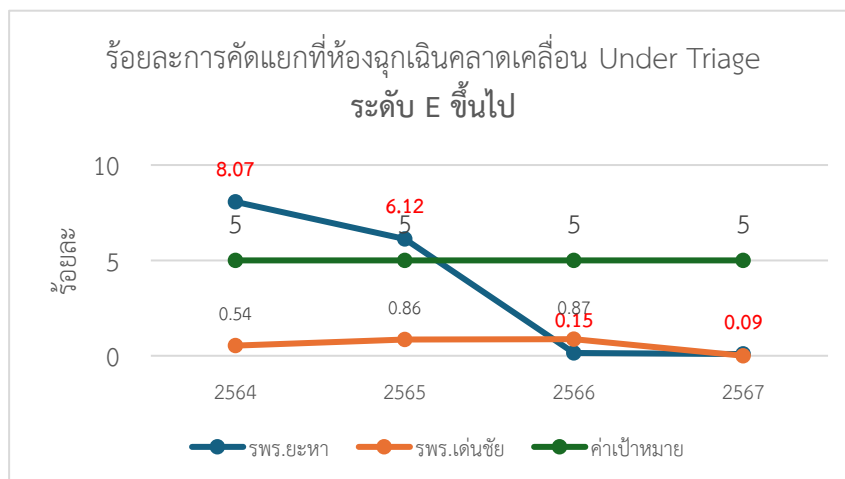
7.1 ผลลัพธ์ด้านการให้บริการพยาบาล (รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย)

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ด้านผลลัพธ์ด้านการให้บริการพยาบาล ปี 2564 - 2567

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
1	อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมา โดยระบบ EMS	>60%	52.31	50.12	34.56	54.25
2	อัตรา Response time ภายใน 10 นาที	>90%	93.16	93.99	93.48	96.56
3	อัตราความผิดพลาด ในการบริหารยาและสารน้ำ ระดับ E ขึ้นไป	<1%	0	0.007	0.004	0.002

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
4	จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	0 ครั้ง	0	0	0	0
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	0 ครั้ง	0	0	0	
5	จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด	0 ครั้ง	0	0	0	0
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	0 ครั้ง	0	0	0	
6	อัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมงด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้	<2%	0.02 (4 ราย)	0.02 (18 ราย)	0.09 (6 ราย)	0.02 (4 ราย)
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	0	3.6	3.86	3.86	
7	ร้อยละการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน Under Triage ระดับ E ขึ้นไป	<5%	8.07	6.12	0.15	0.09
	รพ.คู่เทียบ รพร.เด่นชัย	<5%	0.54	0.86	0.87	
8	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจัดการความปวด	100%	78.94	82.06	84.56	88.94
9	อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มระดับ E ขึ้น	0	0	0	0	0
10	อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลง/เสียชีวิต ขณะส่งต่อ	0	1	1	0	1
11	อุบัติการณ์การจากบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายที่ ER	0	0	0	0	0

ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน Under Triage ระดับ E ขึ้นไป

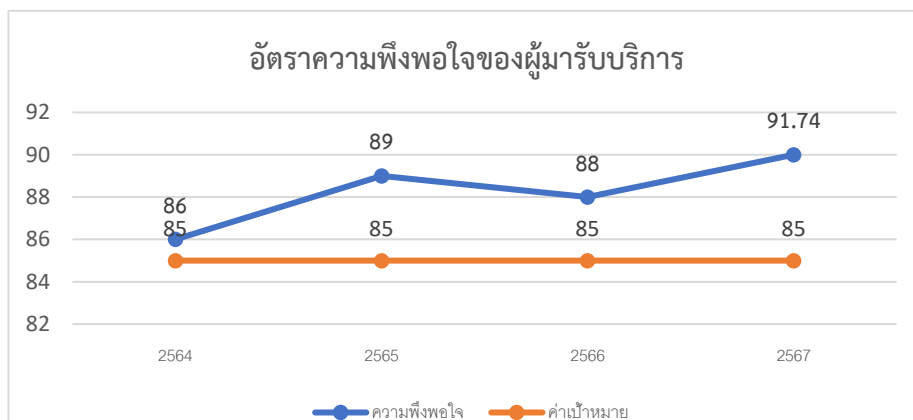


จากผลการดำเนินงานพบว่าร้อยละของการคัดแยก Under triage มีแนวโน้มลดลง ในปี 2564 ไม่ได้ตามค่าเป้าหมายเนื่องจากเป็นช่วงอัตรากำลังไม่เพียงพอความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลจบใหม่มาปฏิบัติงานขาดทักษะ ขาดประสบการณ์ไม่ปฏิบัติ ตามแนวทางที่กำหนดคู่มือคัดแยกมีความยุ่งยาก ในการใช้งาน พยาบาลอาศัยประสบการณ์เป็นเกณฑ์ ในการตัดสินใจ มอบหมายให้เวชกิจฉุกเฉินคัดแยก ทำให้เกิดอุบัติการณ์ Under Triage ในผู้ป่วย Level 2 โดยเฉพาะผู้ป่วย Trauma สูติกรรม จิตเวช Sepsis COPD Pneumonia ในปี 2567 ผลจากการทบทวนในทีม PCT ได้กำหนดแนวปฏิบัติมีการจัด triage area พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน อบรมเรื่อง triage 100% กำหนดให้บุคลากรที่มีประสบการณ์ มากกว่า 5 ปี ประจำจุดคัดกรอง มีการกำหนด 1st Triage โดยพยาบาลและ 2nd Triage โดยแพทย์ จัดทำนวัตกรรม Easy YCPH ED Triage เป็นเครื่องมือ การคัดแยก เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล ทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโดยระบุ level ตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายการกำหนดนโยบาย และ แนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรทุกหน่วย OPD LR IPD นิเทศหน้างาน กำหนดให้เป็น Specific competency หน.งาน มีการ Triage round ,Audit เวชระเบียน , ทบทวน RCA บันทึกอุบัติการณ์ทุกครั้ง Miss triage ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน Under Triage ลดลง

7.2 ผลลัพธ์ตามผู้ใช้บริการ

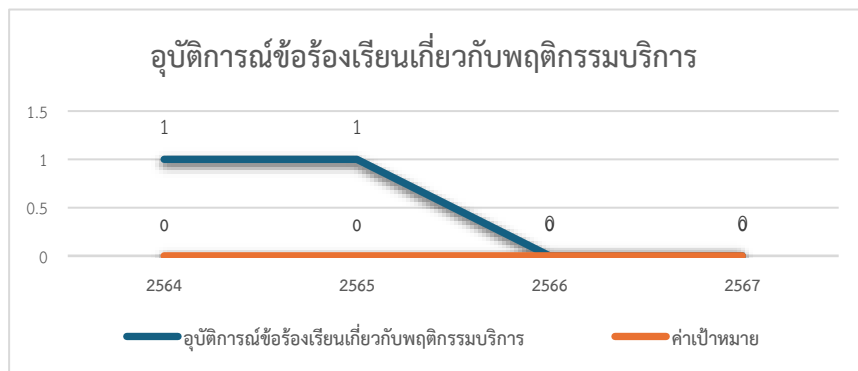
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
1	อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	>85%	86.33	88.84	88.36	89.99
2	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล	>85%	88.02	88.65	89.80	90.98
2	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ	0	1	1	0	0
	รพ.คู่เทียบ รพ.เด่นชัย	<1%	1.59	0.415	0.82	
3	ร้อยละอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข	100%	100	100	100	100

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ



ความพึงพอใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2567 มีความพึงพอใจร้อยละ 91.74 ในการให้คำแนะนำโดยพยาบาล การจัด Triage area มีพยาบาลประจำจุดคัดกรอง ชักประวัติ มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และคุณภาพบริการโดยรวม ความไม่พึงพอใจร้อยละ 89.57 ด้านสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของห้องน้ำ แนวทางการพัฒนา มีตารางการตรวจสอบความสะอาดห้องน้ำ มี QR code ประเมินความสะอาดห้องน้ำ

ตัวชี้วัดที่ 2 อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ



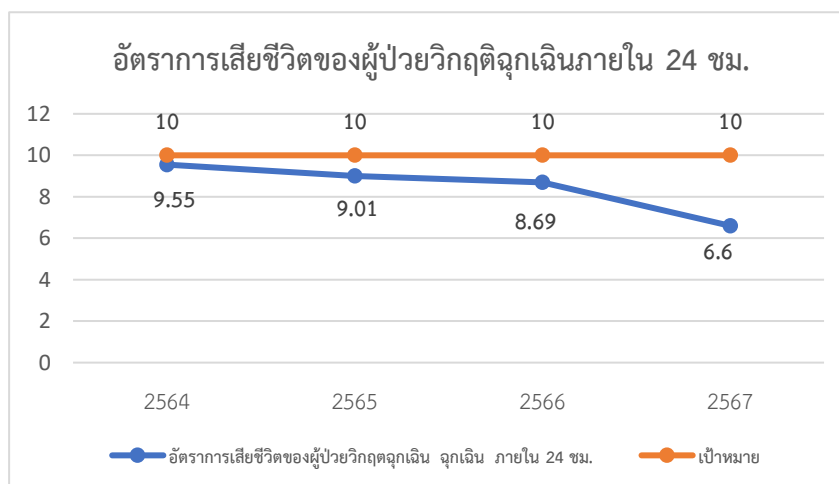
ในปี 2564 - 2565 พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ ผป.ร้องเรียนด้วยวาจาพยาบาลพูดจาไม่ดี ไม่กระตือรือร้นในการปฏิบัติกรพยาบาล ซึ่งจากผลการทบทวนเป็นช่วงที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจขั้นตอนการให้บริการ พยาบาลสละวณกับการทำหัตถการ กำลังช่วยฟื้นคืนชีพพูดจาเสียงดังไม่ไพเราะ ไม่ได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ อธิบาย ผป.ทราบขั้นตอนการรับบริการแผนกอุบัติเหตุ อุจเฉดิน ตรวจรักษาผู้ป่วยตามความเร่งด่วน มีสัญญาณอุจเฉดิน แจ้งเตือนกรณีช่วยชีวิต เป็นระยะมี จนท.ประจำคัดกรองหน้าห้อง ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลทุก 30 นาที ปฏิบัติตามมาตรการ AIDET, Customer focus มีป้ายคัดแยกผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วน มีจอ monitor แสดงสถานะ มีป้ายบ่งชี้สถานะ ผป. ปรับภาพลักษณ์ของบุคลากรให้มีบุคลิกภาพดูอบอุ่น ทุกคนผ่านการอบรมพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (ESB) นำหลักการ SHA มาประยุกต์ใช้ในการบริการ ให้บริการดูญาติมิตร มีคณะกรรมการ care D -plus ในหน่วยงานจัดการข้อร้องเรียนเบื้องต้น ส่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอบรมกระบวนการ

7.3 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
1	ร้อยละผู้ป่วยอยู่ในภาวะคุกคามชีวิต ได้รับการแก้ไขทันที ภายใน 4 นาที	100%	100	100	100	100
2	อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤต อุจเฉดิน ภายใน 24 ชม.	<10%	9.55	9.01	8.69	6.6

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
3	ร้อยละผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการภายใน 3 ชม. หลังมีอาการ	60%	38	45.58	60.78	64.7
4	ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับยา Rt-PA	100%	37.31	31.57	100	100
5	ร้อยละผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ	<7%	4.61	0	0	0.95
6	อัตราผู้ป่วย STEMI onset to ER ภายใน 3 ชม.หลังมีอาการ	60%	76.2	78.57	75	76.68
7	ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to EKG ภายใน 5 นาที	100%	100	100	100	100
8	ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to Needle time ภายใน 30 นาที	100%	62.24	100	100	100
9	ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ	<9%	9.52	10.52	8.69	9.09
10	อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วย Traumatic brain injury	<5%	7.14	0	4.8	4.08

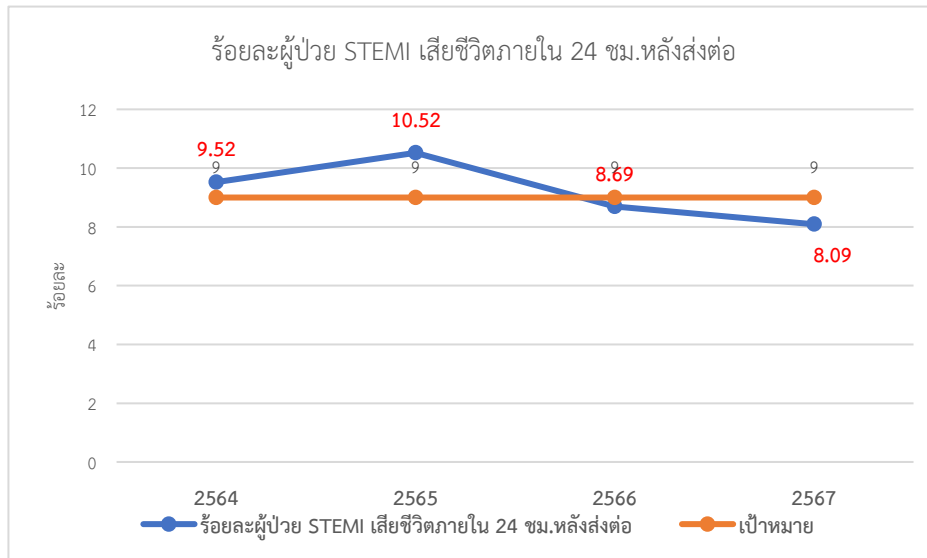
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต ดุกเฉิน ภายใน 24 ชม.



จากการทบทวนอุบัติการณ์ Un-planned Cardio pulmonary Resuscitation (CPR), Un-planned ICU ในผู้ป่วย ดุกเฉิน/ ผู้ป่วยวิกฤต, Missed Diagnosis, Sepsis with death, Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ดุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย การ Triage ตามลำดับความเร่งด่วน ตามระยะเวลาที่กำหนด การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วย Fast Track , ปฏิบัติตาม CPG ,การ Early detection โดยใช้ Early warning signs, SOS, SIRS ,Shock index, การคาดการณ์อาการทาง Clinical risk ได้ โดยพัฒนาสมรรถนะแพทย์และพยาบาล แนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การรายงาน โดยใช้ หลัก IMIST ISBAR การประเมินซ้ำก่อนจำหน่ายผู้ป่วย และเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ส่งต่อ

ด้วยระบบ Telemedicine ทบทวน RCA อย่างต่อเนื่อง นำแนวทางมาพัฒนา ประเมินและติดตาม
 อุบัติการณ์ เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ACLS ATLS PALS NALS Triage ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลลัพธ์ อัตรา
 การเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2566 -2567

ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ



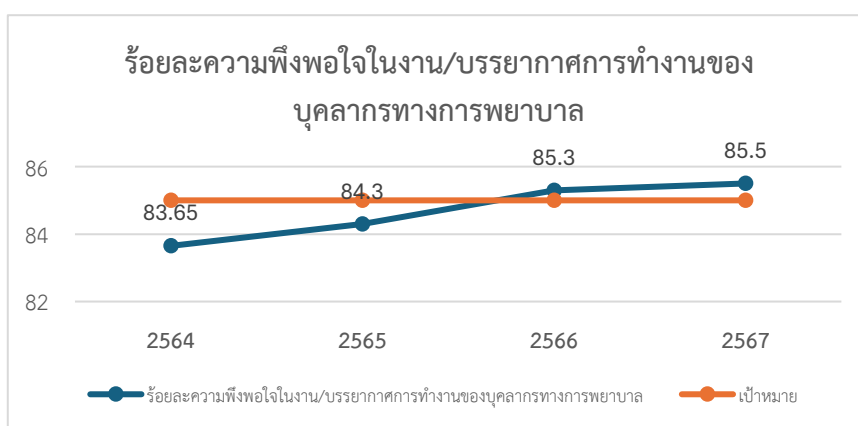
จากกราฟพบว่าในปี 2564-2565 ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 24 ชม.หลังส่งต่อ มีแนวโน้ม
 เพิ่มขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 ผู้ป่วยมีโรค NCD HT DM CKD เข้าถึงบริการล่าช้า ไม่ได้มาด้วย
 ระบบ EMS ความรุนแรงของโรค ญาติปฏิเสธการรักษา ในปี 2566-2567 ด้าน Pre-Hos ได้มีการรณรงค์
 ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ,STROJKE STEMI ALERT ในชุมชน ,EMS Spot Map ,โครงการกู้ชีพประจำบ้าน, ER
 คุณภาพสู่ง รพสต.,ฟื้นฟูทักษะกู้ชีพ กู้ภัยมคัตรอง CVD risk, ด้าน In-Hos เพิ่มทักษะในการ Triage การแปร
 ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ACLS 100% ทบทวน RCA ในปี 2567 แต่ยังพบผู้ป่วย STEMI
 เสียชีวิต เนื่องจากความรุนแรงของโรค เป็นเดือนรอมฎอน ผู้ป่วยส่งไว้ก่อนเสียชีวิต ปฏิเสธ CPR ทำให้ญาติ
 ปฏิเสธการช่วยชีวิต และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อทำ PCI หลังทำ PCI เสียชีวิตในเวลาต่อมา แผนพัฒนา
 ร่วมกับ NCD board คัดกรองผู้ป่วยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ,CVD risk > 40 ประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง
 ผ่านระบบ Telemedicine , Program Yaha Happiness, Health literacy ในชุมชน ผ่านสื่อต่าง ๆ,ให้
 ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้นำศาสนา ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

7.4 ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
1	ร้อยละความพึงพอใจ ในงาน/บรรยากาศ การทำงานของบุคลากร ทางกายภาพ	100%	83.65%	84.30%	85.30%	85.50%
2	ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลมี สมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด	100%	100	100	100	100
3	จำนวนอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของ บุคลากรทางการพยาบาล	0	1	1	0	0

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
4	ร้อยละของบุคลากร ทางการพยาบาลได้ รับ การอบรมเกี่ยวข้องกับ งานที่ รับผิดชอบ 10 ชม/ คน/ปี	100%	58.82	70.58	100	100
6	ร้อยละของพยาบาล ได้รับการอบรมฟื้นฟู ทักษะการช่วยฟื้นคืน ชีพขึ้นสูงอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ป	100%	100	100	100	100

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละความพึงพอใจ ในงาน/บรรยากาศการทำงานของบุคลากร ทางการพยาบาล



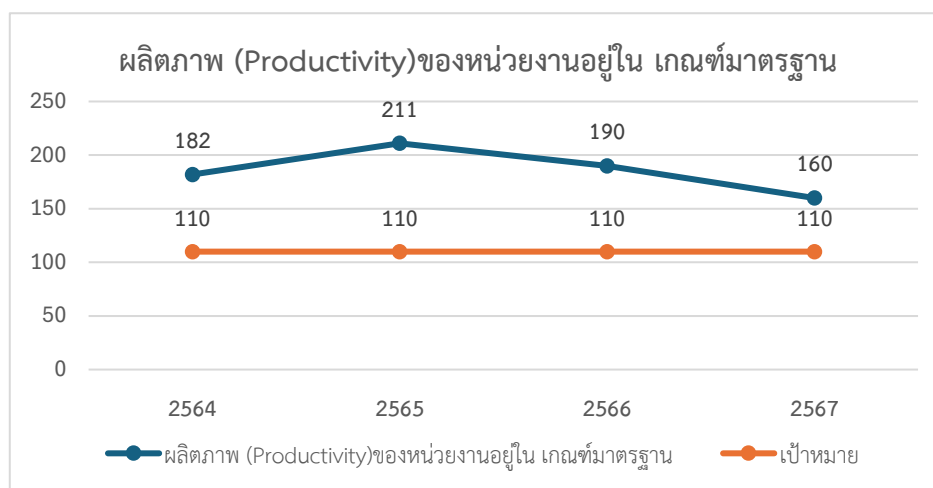
จากแผนภูมิกราฟเส้นพบว่า ความพึงพอใจในงาน /บรรยากาศในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย และสูงกว่า ได้ทบทวนและหาแนวทางแก้ไขโดยสร้างความมั่นใจ เรื่องความปลอดภัย ความกดดัน เสียงรบกวน เรียน ในการปฏิบัติงานและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้พร้อมใช้ ด้านขวัญกำลังใจสนับสนุนค่าตอบแทนและค่าความเสี่ยง ถ้าติดเชื้อโควิดให้พักงานโดยไม่ถือเป็นวันลา สวัสดิการ ด้านอาหาร 3 มื้อต่อวันฟรี สำหรับผู้ปฏิบัติ งานศึกโควิด ให้ความรู้ การป้องกันและแพร่กระจายเชื้อ การใช้ PPE ที่ถูกต้อง จัดให้มีทีมดูแลด้านสวัสดิการ มีหน้าที่สำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และความสุขของบุคลากรกลุ่มการพยาบาล ดูแลด้านอาชีวอนามัย และการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรในหน่วยงาน ดูแลเรื่องสวัสดิการ เช่น บ้านพัก ดูแลเจ้าหน้าที่ป่วย/คลอดบุตร/เสียชีวิต การสร้างขวัญ กำลังใจ ค่าตอบแทน กำหนดบันไดอาชีพของบุคลากร การต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ

7.5 ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
1	ร้อยละบุคลากรปฏิบัติการพยาบาล โดย ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการ	100%	85.5	86.0	89.7	90.7
2	ร้อยละบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่ กำหนด	100%	96.2	98.2	98.4	100

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
3	ผลิตภาพ (Productivity)ของหน่วยงานอยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน	90-110	182	211	190	160
4	ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล	>80%	98	95.8	94.36	96.56

ตัวชี้วัดที่ 3 ผลิตภาพ (Productivity)ของหน่วยงานอยู่ใน เกณฑ์มาตรฐาน

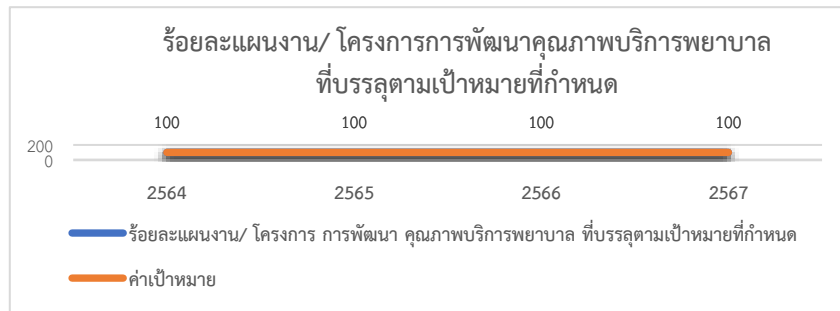


จากกราฟจะพบว่า ในปี 2564-2565 productivity ของหน่วยงานเกินเกณฑ์มาตรฐาน เนื่องจากเป็นช่วงการระบาดของโรค Covid -19 ภาระงานล้น อัตรากำลังไม่เพียงพอ มีเจ้าหน้าที่ใหม่มาปฏิบัติงานหมุนเวียนทุกเดือน และลาออกเนื่องจากได้รับการบรรจุ ทำให้ขาดอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ใหม่มีการประเมินติดตามการทำงานอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันความเสี่ยง เรียกอัตรากำลังเสริมมาปฏิบัติงาน อีกทั้งภาระงานล้นผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การส่งต่อเพิ่มขึ้น การออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การแจ้งเหตุ 1669 โรคฉุกเฉิน เจริญทุกพื้นที่ การออกหน่วยปฐมพยาบาลทุกเดือน ในปี 2566-2567 องค์กรพยาบาลเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ทำให้ Productivity ลดลงกว่าเดิมแต่ยังเกินเกณฑ์มาตรฐาน มีการคำนวณ Productivity ทุกแคว/เดือน เพื่อปรับเพิ่มอัตรากำลังตามแนวทางการบริหารอัตรากำลังขององค์กรพยาบาล

7.6 ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2564	2565	2566	2567
1	ร้อยละแผนงาน/ โครงการ การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด	100%	100	100	100	100

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละแผนงาน/ โครงการ การพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล ที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด



จากกราฟพบว่า ร้อยละของแผนงาน/โครงการของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในปี 2564 มีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID – 19 มีการปรับกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ระบาดของโรค COVID – 19 เช่น โครงการ ER คุณภาพ, โครงการกู้ชีพประจำบ้าน , การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS), ซ้อมแผนอัคคีภัย ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ โดยที่องค์กรพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร ACLS 100% และมีการฝึกปฏิบัติจริง นิเทศหน้างาน ร่วมทบทวน และพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ได้จัดทำแนวปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงประกาศใช้ นำแนวทางลงสู่หน่วยงาน จัดตั้งทีมRRTในโรงพยาบาล ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และภาวะฉุกเฉิน แผนการเรียกอัตรากำลังสำรอง สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย

ส่วนที่ 3 ส่วนสรุป : ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/การพัฒนาต่อเนื่อง
<p>หมวด 1 การนำองค์กร</p>	<p>1. ผู้นำสูงสุดโรงพยาบาลและกรรมการบริหารทางการแพทย์ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพนำผลการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมยุทธศาสตร์ เชื่อมโยง มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผน ถ่ายทอดสู่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับและติดตามการดำเนินงาน</p> <p>2. มีการนำมาตราฐานวิชาชีพ มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการพยาบาล</p> <p>3. การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติทุกระดับมีความชัดเจนต่อเนื่องและมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน</p> <p>4. สนับสนุนสุขภาพของชุมชนและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย</p>	<p>1. ระบบการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแผนเชิงกลยุทธ์แบบ Real time ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการใช้ข้อมูลในการปรับปรุงกระบวนการที่ต่อทันเหตุการณ์</p> <p>2. ประเมินการรับรู้และการนำวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติในระดับผู้ปฏิบัติครอบคลุมทุกคน</p> <p>3. การเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้มากขึ้น และตอบสนองกับลักษณะของบุคลากรมากขึ้น</p> <p>4. สนับสนุนสุขภาพของชุมชนและสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน</p>
<p>หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์</p>	<p>1. บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติของหน่วยงาน วิเคราะห์ปัญหาหาจุดอ่อน และจุดแข็งของหน่วยงาน วิเคราะห์สถิติ ผู้ใช้บริการ และประเมินผลความต้องการของผู้ใช้บริการ</p> <p>2. มีการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และจัดทำตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพบริการพยาบาลอย่างชัดเจน</p> <p>3. มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผนทุกเดือน ในที่ประชุมประจำเดือน</p>	<p>1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดรายบุคคล</p>
<p>หมวด 3 ผู้ใช้บริการ</p>	<p>1. มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นผู้บริการที่หลากหลาย ทั้งเชิงรุก และเชิงรับ หน่วยงานบริการหรือทางสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ทาง Facebook , Line@ , page , Website, E-mail , มีทีม Care D Plus เป็นตัวกลางในการสื่อสาร มีรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายทั้งด้านข้อมูลการดูแลสุขภาพ การให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน สามารถจัดการข้อร้องเรียนได้ผลและทันที่</p>	<p>1. จัดทำแนวทางปฏิบัติให้ครบทุกกลุ่มโรคและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ</p> <p>2. นำผลประเมินความพึงพอใจมาใช้ปรับปรุงการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง</p>

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/การพัฒนาต่อเนื่อง
	<p>2.การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้บริการ</p> <p>3.มีนโยบายสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ ด้วยหลัก service mind ที่เป็นรูปธรรม</p> <p>4.จำแนกกลุ่มผู้ใช้บริการตามลักษณะความรุนแรงของความเจ็บป่วย</p> <p>5.วิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้บริการ ประเมินผลความพึงพอใจ 2 ครั้ง/ป</p> <p>6.ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพแนวทางปฏิบัติ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์</p>	<p>3. การประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจผู้รับบริการที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้บริการ อย่างต่อเนื่อง</p> <p>4.ปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้รับผลงาน</p>
<p>หมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้</p>	<p>1.ใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือติดตามผล นำผลการวิเคราะห์ตัวชี้วัดมาปรับปรุงแผนปฏิบัติการและยุทธศาสตร์</p> <p>2.นำผลการทบทวนดำเนินงานหาโอกาสในการสร้างนวัตกรรม</p> <p>3.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน และจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อนำไปพัฒนางานสู่การปฏิบัติที่ดี การแก้ไขพัฒนางานอย่างเป็นระบบด้วย R2R CQI และนวัตกรรมถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายหน่วยงานละ 1 เรื่อง/ปี และส่งเข้าประกวด</p> <p>4.มีความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินด้านภัยพิบัติ เครือข่ายอินเทอร์เน็ตล่ม</p>	<p>1.การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้พร้อมใช้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย เข้าถึงง่าย</p> <p>2.การพัฒนาคลังความรู้ทางการพยาบาล</p> <p>3.มีการซ่อมแผนภัยพิบัติ ภาวะฉุกเฉิน แผนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเน็ตล่ม อย่างสม่ำเสมอ</p>
<p>หมวด 5 บุคลากรพยาบาล</p>	<p>1.มีแผนอัตรากำลังทั้งระยะสั้น 1 ปีและระยะยาว 3-5 ปี จัดสรรอัตรากำลังตามภาระงานจริง มีแผนอัตรากำลังสำรอง มีการปรับแผนให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี</p> <p>2.พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการดูแลกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>3.ส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องทุกคน</p> <p>4.กำหนดสมรรถนะอย่างชัดเจนและKPI เพื่อใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานอย่างชัดเจน</p> <p>5.มีการประเมินแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร 2 ครั้ง/ป</p> <p>4.บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพละ 1 ครั้ง</p>	<p>1.การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความพร้อมกับการขยายบริการเฉพาะทาง</p> <p>2.การจัดทำ career path</p> <p>3.การประเมิน Productivity จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และสมรรถนะที่สำคัญ ไทครบถ้วน</p> <p>4.การจัดทำแผนการสร้างขวัญกำลังใจ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและความภาคภูมิใจของกรอย่างชัดเจน</p>

หมวด	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง/ การพัฒนาต่อเนื่อง
	5. การให้การสนับสนุนและสร้างขวัญ กำลังใจแก่บุคลากร	
หมวด 6 การปฏิบัติการพยาบาล	<p>1.การกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ ที่สัมพันธ์กับสมรรถนะหลักองค์กร</p> <p>2. กำหนดให้มี Nurse Manager นำผลลัพธ์การดูแลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง ส่งต่อข้อมูลให้งานบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (HHC) รพสต. ติดตามดูแลต่อเนื่องหลังกลับบ้าน</p> <p>3. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย กำหนดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สามารถใช้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>4.มีกระบวนการทบทวนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>5.มีการสร้างนวัตกรรม/ผลงานวิจัย/วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ให้กับระบบงาน โดยใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรที่เหมาะสม</p> <p>6.มีการจัดอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</p>	<p>1.การพัฒนาอบรมสร้างความรู้ด้านการพยาบาลเฉพาะทางเฉพาะสาขา</p> <p>2.ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติ</p> <p>3.ติดตามประเมินผลการใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลนิเทศทางการพยาบาล สุ่มตรวจเวชระเบียนสม่ำเสมอ</p>
หมวด 7 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	<p>1.มีการถ่ายทอด กำหนดวิธีการและระยะเวลาเก็บตัวชี้วัดอย่างชัดเจน</p> <p>2.มอบหมาย จนท.รับผิดชอบงานคุณภาพ ตัวชี้วัด</p> <p>3.มีระบบ KPI data Center จัดเก็บตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบ</p> <p>4.กำหนด Key man หน่วยงาน รับผิดชอบติดตามตัวชี้วัด และวิเคราะห์ผลทุกเดือน</p> <p>5.หัวหน้างานมีการควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่บรรลุเป้าหมาย มีแนวโน้มที่ดีขึ้นที่สำคัญทุกเดือน ในที่ประชุมประจำเดือน ER และส่งข้อมูลเชื่อมโยงไปยังกลุ่มภารกิจจัดการพยาบาลและองค์กร</p> <p>5.มีการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพกับเกณฑ์และหน่วยงานอื่นๆ</p>	<p>1.การวิเคราะห์ตัวชี้วัดมีการเทียบเคียงผลการดำเนินงาน</p> <p>2.การวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำให้เห็นการเปรียบเทียบที่ชัดเจน เป็น PDCA CQI</p> <p>3.ระบบเทคโนโลยีการเข้าถึงตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาล</p>